



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

**CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE LESÃO MEDULAR E A SUA RELAÇÃO COM A INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA**

Documento Final

Dissertação elaborada com vista á obtenção do grau de Mestre na especialização de Ciências da
Fisioterapia

Orientadores

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Co-Orientador: Professora Doutora Luisa Pedro

Jurí:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Lia Raposo Jacobsohn

Professora Doutora Margarida Maria Cabugueira Custódio dos Santos

**Marta Isabel Carqueja Lobato Ferreira Oliveira
2016**

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Celeste Simões e Luísa Pedro, orientadora e co-orientadora deste estudo, pelo acompanhamento e apoio prestado ao longo da sua realização.

Em particular às Associações Salvador e Vida Independente por terem sido os meus aliados em todo o decurso da investigação.

Aos participantes que colaboraram nesta investigação, pelo gosto que me proporcionaram ao conhecer um pouco da sua realidade, pelas aprendizagens e imensas histórias que partilharam.

À minha mãe, pai e irmã pelo exemplo que cultivam em mim e amizade incondicional.

Ao André Miranda por ser uma força.

A vocês... *Mel, Mumu, Lord e Buddy* simplesmente por existirem.

RESUMO

“Caracterização de casos de lesão medular e a sua relação com independência funcional e qualidade de vida”

Introdução: As lesões medulares acarretam consigo a problemática da deficiência, as suas respectivas sequelas interferem na qualidade de vida bem como na independência funcional destas pessoas, sendo habitual a existência de limitações que se prolongam ao longo a vida. O presente estudo visa a caracterização de sujeitos com lesão medular há mais de um ano, no que diz respeito à sua qualidade de vida e independência funcional, assim como, a relação entre as variáveis sóciodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade e profissão) e clínicas em estudo (nível, tipo, etiologia e data da lesão). **Materiais e Métodos:** O presente trabalho apresenta-se como um estudo observacional exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi formada por indivíduos adultos com lesão medular recrutados através da Associação Salvador e Associação Vida Independente. As medidas instrumentais utilizadas pelo estudo são o questionário sóciodemográfico e clínico, bem com a escala MIF (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986) e a escala SF-36 (Ware % Sherbourne, 1992). **Resultados e Discussão:** As análises demonstraram valores satisfatórios. A independência funcional e sua respectiva dimensão física e sóciocognitiva revelam resultados estatisticamente significativos com a variável nível neurológico. No que diz respeito à qualidade de vida esta demonstrou resultados estatisticamente significativos entre a dimensão desempenho emocional e a escolaridade entre o desempenho físico e a profissão e vitalidade e idade. Revelou igualmente valores satisfatórios entre todas as dimensões e o nível neurológico, entre a função social e data da lesão e por último entre a etiologia e função social, vitalidade, dor, saúde geral e mental. **Conclusão:** Os resultados obtidos com este estudo vêm reforçar a visão de que apesar dos indivíduos experienciarem um evento traumático e aspetos negativos após a lesão medular, há diferentes níveis de percepção de QoL e IF e que estas variam em função de algumas variáveis sóciodemográficas e clínicas. Neste ponto são ainda apresentadas as limitações do estudo e discutidas propostas de trabalhos futuros

Palavras-chave: Lesão medular, Qualidade de Vida, Independência funcional, Nível de lesão neurológico, Etiologia da lesão, Data da lesão neurológica, Tipo de lesão neurológica, Variáveis Sóciodemográficas, Deficiência, Incapacidade.

ABSTRACT

"Characterization of spinal cord injury cases and its relation to functional independence and quality of life "

Introduction: Spinal cord injury modifies the individual's body, causing a problem of disability. The consequences of such injuries affect the quality of life and functional ability of these people, with the usual dependence on carers as well as the existence of limitations that extend along the life. This study aims to characterize subjects with spinal cord injury over than a year, with regard to its quality of life and functional independence, as well as the relationship between the socio demographic variables (gender, age, marital status , education and profession), and the clinic variables (time of injury, cause of injury, extent of injury and neurological level). **Materials and Methods:** The present work is characterized as a observational exploratory descriptive study with quantitative approach. The sample will consist of adult individuals with spinal cord injury recruited by "Salvador" and "Vida Independente" Association. The instrumental measures used by the study are the clinical and socio demographic questionnaire: MIF Scale developed by Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins (1986) and the SF-36 scale, developed by Ware e Sherbourne in 1992. **Results and Discussion:** The analysis shows satisfactory values. The functional independence and their dimensions reveal relationship only with the neurological level. With regard to the quality of life is revealed significant statistically results between emotional performance dimension with education, also between physical performance and vitality and between profession and age. There are relationships between all the dimensions and the neurological level, between social function and date of injury. The etiology reveal association with the social function, vitality, bodily pain, general and mental health. **Conclusion:** The results of this study reinforce the recent view that despite the individuals experienced a traumatic event and negative aspects after spinal cord injury, there are different levels of perception of QoL and IF and these vary according to some sociodemographic variables and clinics. One of the limitations of the study has to do with the shortage of data for LVM samples. Despite growing empirical evidence that has emerged there is still a long way to go. At this point it is also represented the limitations of the study and discussed some proposals for future investigations.

Key-Words: Spinal cord injuries, Quality of life, Functional Independence, Time of injury, Cause of injury, Extent of injury, Neurological level and Socio Demographic Variables, impairment, disability.

Lista de abreviaturas

e.g.	Por exemplo
LVM	Lesão vertebro- medular
QoL	Qualidade de vida
SF-36	Short-Form Health Survey
MIF	Functional Independence Measure
IF	Independência Funcional
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
N	Número de elementos da amostra total
n	Número de elementos de uma parte limitada da amostra
p	Nível de significância
t	t de student
M	Média
DP	Desvio Padrão

ÍNDICE

1. Introdução	12
2. Revisão da Literatura.....	14
2.1 Modelo Conceptual da Deficiência / Incapacidade.....	14
2.2. Dimensões da CIF – Estruturas e Funções do Corpo.....	16
2.2.1. <i>Classificação das Lesões Medulares</i>	16
2.1.2. <i>Expectativas de Funcionalidade</i>	19
2.2 Qualidade de Vida na Lesão Medular.....	24
2.2.1 <i>Questionário de Saúde Reduzido SF-36</i>	26
3. Introdução ao Estudo.....	27
3.1 Pertinência do Estudo.....	27
3.2.Objectivo Geral.....	27
3.3. Questões do Estudo.....	27
4. Método.....	28
4.1. Fontes de Dados.....	28
4.2. Amostra.....	28
4.4.1 <i>Idade dos participantes</i>	29
4.4.2 <i>Género</i>	29
4.4.3 <i>Estado Civil</i>	30
4.4.4 <i>Nacionalidade dos Indivíduos</i>	30
4.4.5. <i>Profissão dos Indivíduos</i>	31
4.4.6. <i>Nível Educacional dos Indivíduos</i>	32
4.4.7. <i>Data de Lesão</i>	32
4.4.8. <i>Nível Neurológico da Lesão</i>	33
4.4.9. <i>Etiologia da Lesão</i>	34
4.4.10 <i>Tipo de Lesão</i>	35
4.5.Instrumentos de Medição.....	35
4.5.1 <i>Instrumento de Medida de Independência Funcional – MIF</i>	35
4.5.2. <i>Questionário SF-36 Health Survey Manual</i>	37
4.5.3. <i>Questionário Sócio-Demográfico e Clínico</i>	39
4.6. Procedimento.....	39

4.7 Definição de Variáveis	40
4.7.1. Variáveis Independentes	40
4.7.2. Variáveis Dependentes	40
4.8 Análise de Dados	41
5. Apresentação dos Resultados	43
5.1 Análise descritiva das variáveis dependentes	43
5.2. Análise das relações entre as variáveis dependentes e variáveis sócio-demográficas e clínicas	44
5.2.1. Análise das relações entre a independência funcional e as variáveis sócio-demográficas em estudo	44
5.2.2. Análise das relações entre a independência funcional e as variáveis clínicas em estudo	44
5.2.3. Análise das relações entre a qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas em estudo	49
5.2.4. Análise das relações entre a qualidade de vida e as variáveis clínicas em estudo	58
5.3. Análise das relações entre as variáveis dependentes em estudo	71
6. Discussão de Resultados	75
7. Conclusão	81
8. Referências bibliográficas	84
9. Apêndices	89
10. Anexos	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Esquema de apresentação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde</i>	16
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: <i>Correlações entre as variáveis Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Saúde Mental, Dor, Saúde geral, Vitalidade, Função Social, SF-36 Total, MIF Física, MIF Sócio-cognitiva e Total</i>	71
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de tetraplegia.....</i>	19
Tabela 2. <i>Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de tetraplegia.....</i>	20
Tabela 3. <i>Dados descritivos da idade dos participantes.....</i>	29
Tabela 4. <i>Dados descritivos do género dos participantes.....</i>	29
Tabela 5. <i>Dados descritivos do estado civil dos participantes.....</i>	30
Tabela 6. <i>Dados descritivos da nacionalidade dos participantes.....</i>	30
Tabela 7. <i>Dados descritivos das profissões dos participantes.....</i>	31
Tabela 8. <i>Dados descritivos do nível educacional dos participantes.....</i>	32
Tabela 9. <i>Dados descritivos das datas de lesão dos indivíduos.....</i>	32
Tabela 10. <i>Dados descritivos do nível neurológico dos participantes.....</i>	33
Tabela 11. <i>Dados descritivos da etiologia da lesão dos participantes.....</i>	34
Tabela 12. <i>Dados descritivos dos tipos de lesões dos participantes.....</i>	35
Tabela 13. <i>Plano Operacional de Variáveis Independentes da amostra.....</i>	40
Tabela 14. <i>Plano Operacional de Variáveis Dependentes da amostra.....</i>	41
Tabela 15. <i>Dados Descritivos e Consistência Interna das Dimensões das variáveis dependentes em estudo.....</i>	43
Tabela 16. <i>Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	47
Tabela 17. <i>Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	47
Tabela 18. <i>Dados descritivos da Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da variável Idade.....</i>	49
Tabela 19. <i>Dados descritivos da Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da variável Nível de Escolaridade.....</i>	51
Tabela 20. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da variável Profissão.....</i>	54
Tabela 21. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da variável</i>	

<i>Data de Lesão.....</i>	<i>59</i>
Tabela 22. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>61</i>
Tabela 23. <i>Dados descritivos da Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>62</i>
Tabela 24. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>62</i>
Tabela 25. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>63</i>
Tabela 26. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>63</i>
Tabela 27. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>64</i>
Tabela 28. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico.....</i>	<i>64</i>
Tabela 29. <i>Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da variável Etiologia da Lesão.....</i>	<i>65</i>
Tabela 30. <i>Distribuição entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 e Etiologia da Lesão.....</i>	<i>66</i>
Tabela 31. <i>Distribuição entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 e Etiologia da Lesão.....</i>	<i>67</i>
Tabela 32. <i>Distribuição entre a Dimensão Dor da Escala SF-36 e Etiologia da Lesão.....</i>	<i>67</i>

1. Introdução

A lesão medular é retratada por uma condição que altera de forma brusca a vida do sujeito em áreas essenciais de funcionamento, altera as expectativas vitais e impõe-lhe extraordinárias mudanças. Sofrer uma lesão medular, poderá produzir alterações na marcha ou mesmo a sua ausência, significa também perder não só a sensibilidade mas aprender a reeducar os esfíncteres, evitar as complicações médicas secundárias, ter igualmente uma casa educada às suas necessidades, dispor de um meio de transporte adequado, restabelecer uma vida familiar, profissional e social, exige uma reestruturação de todas as áreas da vida.

O presente projecto de tese trata-se de um estudo no âmbito do Mestrado em Ciências da Fisioterapia da Faculdade de Motricidade Humana. Vem associado à linha de pesquisa que estuda casos de lesões de medulares e as suas repercussões no que diz respeito à qualidade de vida e independência funcional.

O estudo desta temática tem vindo a ser acomodado aos paradigmas conceptuais sobre a deficiência. O ajustamento sob perspectiva do modelo médico é visto como um processo individual de adaptação, pelo que a investigação se centra no impacto psicológico e nas reacções emocionais envolvidas. Já no âmbito da perspectiva ambientalista e sociológica, esse mesmo projecto é encarado como um problema social, sendo de salientar a distinção entre ajustamento psicológico e social. Este sob a influência da perspectiva interaccionista é visto como uma forma dinâmica e evolutiva, de relação contínua com o ambiente e que se modifica ao longo do curso de vida.

Após uma breve apresentação do modelo conceptual deficiência/incapacidade que se encontra no capítulo subsequente, descreve-se a lesão medular enquanto patologia, a sua classificação e descrição de sequelas e previsível funcionalidade de acordo com os segmentos neurológicos atingidos e a sua respectiva perspectiva sob a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Posteriormente surge a descrição dos instrumentos usados na investigação em causa, respectivamente a escala de qualidade de vida, SF-36 e medida de independência funcional, MIF. Será descrita a pertinência do estudo, os objectivos gerais e específicos e a questão orientadora do estudo. Serão descritos todos os métodos de recolha de dados e análise estatística, recursos e implementações necessárias bem como todos os resultados do estudo, discussão de resultados e conclusão.

2. Revisão da Literatura

2.1 Modelo Conceptual da Deficiência / Incapacidade

Tendo em conta a população alvo a que se dirige este estudo, considera-se relevante definir o conceito de deficiência e incapacidade. O conceito de deficiência tem diferido ao longo do tempo. Enquanto alguns autores defendem a sua clareza, outros tentam reformular definições e modelos compreensivos, tendo como base a crítica dos existentes (Lebre, 2008).

O conceito socialmente aceite, é de extrema importância na medida em que afeta a forma como as deficiências, ou incapacidades, são percebidas pelos próprios indivíduos, família, colegas e sociedade em geral (WHO, 1999).

No modelo médico a deficiência é vista como um problema da pessoa numa perspetiva estritamente individual, como uma sequela da doença, que necessita de uma acção que se circunscreve à área médica, seja ao nível da prevenção, seja ao nível do tratamento e reabilitação (GSEAR, et al., 2006).

O modelo social, enfatizando o papel do meio ambiente no processo que conduz à incapacidade por via das barreiras existentes (OMS, 2004), considera que a incapacidade surge devido a um conjunto diverso de condições, na maioria das vezes criados pelo ambiente social, não sendo inerente à pessoa. Está presente neste modelo a valorização da responsabilidade coletiva no respeito pelos direitos humanos e na construção de uma “sociedade para todos” (GSEAR, et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tido papel revestido de importância na consolidação e operacionalização de um novo quadro conceptual da funcionalidade e da incapacidade humana, propondo um novo modelo – Biopsicossocial (GSEAR, et al., 2006; OMS, 2004). Este foi tido em consideração como aquele que mais coerentemente explica a incapacidade, que passa a ser vista como a interacção de fatores pessoais tais como idade, género e identidade cultural, fatores relacionados com o contexto social em que a pessoa vive e respetivos estilos de vida (Fougeyrollas et al., 1998).

A própria Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi proposta segundo este modelo, introduzindo assim uma mudança do paradigma do “modelo médico” para o modelo biopsicossocial, integrando a funcionalidade e incapacidade numa visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2004). Importa referir o modelo de classificação da CIF, pois este tem múltiplas finalidades, beneficiando várias disciplinas e áreas, sendo vantajoso por proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, e uma estrutura para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (OMS, 2004).

Segundo este modelo a incapacidade é entendida como a diferença entre as capacidades do indivíduo e os esforços comuns efetuados em determinada atividade, tendo em consideração fatores do envolvimento, as competências psicológicas e os suportes externos dos indivíduos (OMS, 2004). A incapacidade reporta-se à disfunção no conjunto dos seus diferentes níveis: deficiências, limitações na atividade e restrições de participação (GSEAR, et al., 2006). Deste modo, o termo incapacidade tem um novo significado, correspondendo a uma noção mais complexa e abrangente que engloba os diferentes níveis de limitações funcionais relacionados com a pessoa e o seu meio ambiente, deixando de se reportar apenas às limitações da pessoa resultantes de uma deficiência (OMS, 2004).

Na figura 1 está representado o esquema que ilustra a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, onde representa as interações entre as várias componentes do modelo. O primeiro grupo descreve as funções e as estruturas do corpo onde se avaliam mudanças e lesões, enquanto o domínio das atividades e participação se centra na avaliação da capacidade e desempenho dos indivíduos. Os fatores ambientais são considerados como o conjunto de fatores do envolvimento atuando como facilitadores ou barreiras. Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde. Esses factores podem incluir o género, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, (eventos na vida passada e na actual), padrão geral de comportamento, carácter, características psicológicas individuais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível. Os factores pessoais não são classificados na CIF.

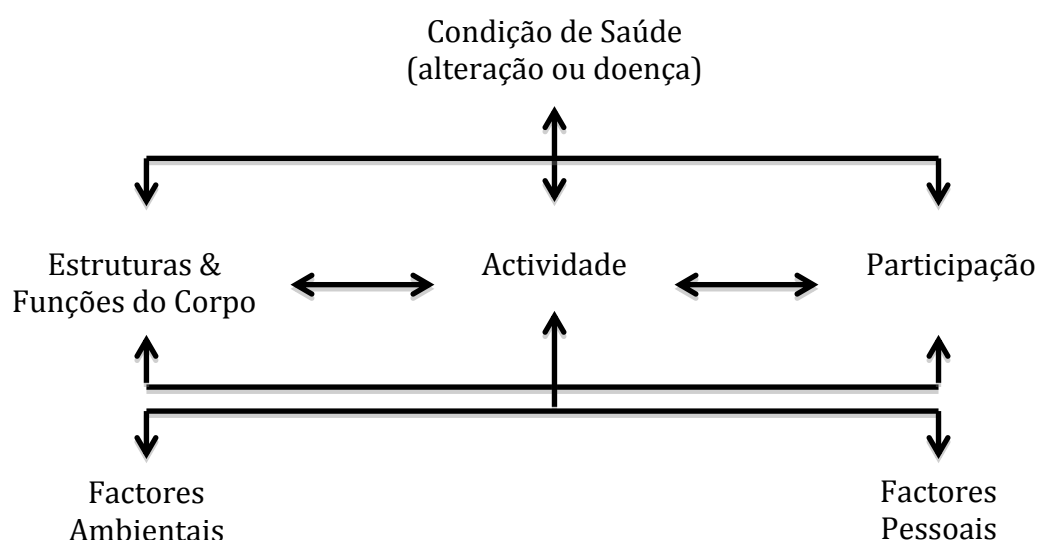


Figura 1. Esquema de apresentação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A funcionalidade diz respeito a todas as funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Neste sentido, na CIF, funcionalidade e incapacidade são vistas com uma interação complexa entre a condição de saúde da pessoa, os fatores do contexto ambiental e os fatores pessoais (OMS, 2004).

2.2. Dimensões da CIF – Estruturas e Funções do Corpo

2.2.1. Classificação das Lesões Medulares

As lesões medulares consistem em doenças ou traumas que ocorrem a nível da coluna vertebral e que afetam a medula espinhal, e que por sua vez podem resultar em alterações a nível das funções motoras, sensitivas e autónomas na pessoa (Bampi, 2007).

A medula espinhal é o principal condutor para onde são enviadas informações sensitivas e motoras entre o cérebro e o corpo, mas também é um centro regulador que controla importantes funções como a respiração, a circulação, a bexiga, os intestinos, o controle térmico e a atividade sexual. Deste modo, quando há este tipo de lesão há um comprometimento da comunicação (total ou parcial) entre o cérebro e alguns músculos e nervos do corpo, podendo implicar a perda de movimentos voluntários e/ou sensibilidade (táctil, dolorosa e profunda) ao

nível dos membros superiores e inferiores, e alterações no funcionamento de diversos sistemas do organismo (Phipps, et al., 2003; OE, 2009).

Etiologicamente as lesões medulares podem ser divididas genericamente em duas categorias etiológicas: lesões traumáticas e lesões não-traumáticas. As lesões não-traumáticas resultam geralmente de doenças ou outras condições patológicas, enquanto as lesões traumáticas resultam de um traumatismo que teve como causa um evento, tal como um acidente de viação ou uma queda. (Schmitz,1988; Lopes 2007)

Nos Estados Unidos, a incidência estimada de lesões medulares traumáticas é de 55/milhão de habitantes, sendo 35/milhão de habitantes os que sobrevivem, representando cerca de 11 000 novos casos/ano (Faria, 2006).

Um estudo de incidência mundial realizado sobre as lesões vertebro-medulares de natureza traumática (Lee, Crips, Fitzharris, & Wing, 2013), efetuado em 2011, estimou que a taxa de incidência global destes casos é de 23 casos por milhão, ou seja 179 312 casos novos por ano.

Diversas taxas de incidência de países da Europa Ocidental foram reportadas nesse estudo, sendo que a mediana calculada foi de 16 casos por milhão. Num outro estudo (van den Berg, Castellote, Mahilo-Fernandez, & de Pedro-Cuesta, 2010) foi referida uma taxa de incidência de lesões vertebro-medulares traumáticas, em Portugal, na ordem dos 57.8 indivíduos por milhão.

De acordo com Haynes e Pindzola (1998), no que diz respeito ao nível funcional as lesões medulares dividem-se em tetraplegia e paraplegia. A tetraplegia refere-se à paralisia parcial ou completa das quatro extremidades e do tronco, incluindo os músculos respiratórios, sendo o resultado da lesão do segmento cervical da espinal-medula. Já a paraplegia refere-se à paralisia completa ou parcial de todo ou parte do tronco e das duas extremidades inferiores, resultando em lesões dos segmentos da lombar ou das raízes sagradas.

A extensão da lesão divide-se em completa ou incompleta. Diz-se completa quando não existe função sensorial e motora abaixo do nível da lesão e incompleta quando há preservação de alguma função motora e/ou sensorial. O nível neurológico da lesão é indicado pelo segmento da raiz do nervo mais caudal não envolvido, isto é, que conserve a função motora e sensitiva. Este tipo de lesão acarreta muitas vezes, a perda ou limitação da capacidade respiratória e do reflexo da tosse, dificuldade ao nível da regulação térmica, a presença de dor e espasticidade, a perda de controlo dos esfíncteres e disfunção sexual. Frequentemente conduz a diversas complicações secundárias, tais como, as úlceras de pressão, maior susceptibilidade a doenças respiratórias,

infecções urinárias de repetição, hipotensão postural, contracturas musculares, complicações circulatórias, osteoporose e formação de cálculos renais.

As expectativas de funcionalidade (tabelas 1 e 2) variam de acordo com o nível neurológico da medula afectado: quanto mais baixo o nível da lesão, menos comprometida a funcionalidade e melhor o potencial de recuperação. No âmbito da avaliação da funcionalidade, avalia-se o grau de independência para as actividades de vida diária (AVD's), tais como os cuidados pessoais e de higiene, o controlo dos esfíncteres, a comunicação, a mobilidade e a locomoção (Lopes, 2007).

2.1.2. Expectativas de Funcionalidade

As expectativas de funcionalidade variam de acordo com o nível neurológico da lesão: quanto mais baixo o nível da lesão, menos comprometida a funcionalidade e melhor o potencial de recuperação. Segundo os trabalhos de Lindsey, Klebine e Wells (2000), Castro e Bravo (1993) e Lindemann (1981), apresentam-se a seguir as descrições das expectativas de funcionalidade de acordo com os níveis neurológicos específicos, para as condições de tetraplegia (Tabela 1) e paraplegia (Tabela 2).

Tabela 1. *Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de tetraplegia [adaptação a partir de Lindsey, Klebine & Wells (2000), Castro & Bravo (1993) e Lindemann (1981)].*

NÍVEL DE LESÃO	PARAPLEGIA Expectativas de Funcionalidade
C8-D1	Capacidade respiratória reduzida. As lesões em C-8 e D-1 são similares. Tem maior força e precisão nos dedos, de que resulta um movimento natural, embora limitado, das mãos. Pode, de forma independente e sem ajudas técnicas, comer, tomar banho, arranjar-se, fazer a higiene oral, vestir-se, fazer a higiene da bexiga e do intestino e fazer transferências. Uso de cadeira de rodas manual.
D2-D6	Abaixo do nível D2 há função motora normal da cabeça, pescoço, ombros, braços, mãos e dedos. Maior uso dos músculos torácicos e intercostais e controle do tronco. Pode ser totalmente independente em todas as actividades. Alguns indivíduos conseguem caminhar de forma pendular, por distâncias curtas e com dispositivos de apoio. Pode conduzir automóvel com controlo manual.
D7-D12	Maior capacidade para tossir. Maior controlo do tronco e controle motor abdominal. Pode caminhar em posição pendular com dispositivos de apoio e, se tiver força ao nível do tronco superior e dos membros superiores, pode subir e descer escadas. Alguns indivíduos podem caminhar, de forma limitada, mas isto requer uma extrema energia e colocar a força na parte superior do corpo, o que não fornece vantagem funcional, já que pode conduzir a lesões das articulações superiores. Capacidade para desempenhar actividades em posição sentada e sem apoio. Totalmente independente nas actividades de vida diária. Pode conduzir automóvel com controlo manual.
L1-L5	Pode haver recuperação da função motora das ancas e joelhos. Totalmente independente nas actividades de vida diária. Caminhar pode ser um objectivo funcional viável para as pessoas com lesão entre L1 e L5, com a ajuda de ortóteses longas (desde o tornozelo até às ancas); as pessoas com lesão mais baixa recuperam a marcha com mais facilidade. Condução de automóvel com controlo manual.
S1-S5	Capacidade para recuperar a marcha com ou sem apoio de dispositivos. Dependendo do nível da lesão, há diferentes graus de recuperação da bexiga e intestino voluntários e da função sexual. Quanto mais baixo o nível da lesão, melhor a recuperação de funções.

Tabela 2. *Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de tetraplegia* [adaptação a partir de Lindsey, Klebine & Wells (2000), Castro & Bravo (1993) e Lindemann (1981)]

NÍVEL DE LESÃO	TETRAPLEGIA Expectativas de Funcionalidade
C1-C3	Depende de ventilador para respirar. As pessoas com lesão ao nível C3 têm algum movimento da cabeça e pescoço. Preservadas as funções de mastigar, deglutir e soprar. A fala pode estar total ou gravemente limitada. A comunicação pode ser realizada através de ajudas técnicas, como um computador, o que permitirá à pessoa dar aos outros algumas instruções, orientando-os para as suas necessidades nas actividades diárias, como tomar banho, vestir-se, transferir-se, ou regular a higiene da bexiga e do intestino. Pode mover-se através de cadeira de rodas eléctrica, com comando na cabeça, na boca ou no queixo.
C3-C4	Capacidade respiratória reduzida, podendo inicialmente necessitar de ventilador, mas normalmente recupera a capacidade para respirar sem ajuda. Tem, normalmente, controlo da cabeça e do pescoço. As pessoas com lesão em C4 podem encolher os ombros. Comunicação normal. Tem necessidade de ajuda ao nível dos cuidados pessoais, alimentação e transferências. Com a ajuda de adaptações técnicas na boca poderá ler e escrever, mas a independência para estas tarefas é limitada. Pode mover-se em cadeira de rodas eléctrica.
C5	Capacidade respiratória reduzida, com limitações ao nível da tosse. Tem controlo da cabeça, pescoço e ombros. Pode dobrar os cotovelos e virar a palma das mãos. Com ajudas técnicas específicas pode comer, beber, lavar a face e os dentes, pentear e barbear. Necessita de ajuda para fazer transferências. Embora a pessoa com lesão C5 possa ter força suficiente para empurrar uma cadeira de rodas manual, por distâncias curtas e em superfícies lisas, normalmente usa cadeira de rodas eléctrica com comando manual para o desempenho das actividades de vida diária.
C6	Capacidade respiratória reduzida. Tem movimento da cabeça, pescoço, ombros, braços e pulsos, podendo encolher os ombros, dobrar os cotovelos, virar a palma das mãos para cima e para baixo e flectir o punho. Com ajudas técnicas pode ganhar alguma autonomia e com maior facilidade comer, arranjar-se e vestir a parte superior do tronco. Pode usar uma cadeira de rodas manual para as actividades diárias, mas para maior independência necessitará de cadeira de rodas eléctrica. Algumas pessoas conseguem sozinhas fazer a higiene da bexiga e intestino, aliviar a pressão nas nádegas, voltar-se na cama e conduzir automóvel adaptado.
C7	Capacidade respiratória reduzida. Movimento similar às pessoas com lesão C6, mas com maior capacidade para endireitar os cotovelos. Maior facilidade para desempenhar algumas tarefas da vida da casa e para transferir-se e aliviar a pressão nas nádegas, necessitando de menos ajudas técnicas. Pode fazer percursos mais longos e em superfícies lisas em cadeira de rodas manual.

2.1.2.1 *Medida de Independência Funcional*

A *Functional Independence Measure* (FIM) ou Medida de Independência Funcional (MIF) como foi traduzida para a Língua Portuguesa, teve origem na década de 1980, tendo sido desenvolvida pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de Nova Iorque, em Buffalo (pela Academia Americana de Medicina Física e de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação) (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986)

A MIF foi criada em 1983 por um grupo de trabalho que pretendia desenvolver um sistema uniformizado de dados. Este instrumento de avaliação tem como objetivos: determinar a incapacidade do doente; avaliar os ganhos funcionais do mesmo; avaliar a qualidade de um programa de reabilitação e determinar a relação custo/benefício e custo/realização no que respeita à reabilitação e fazer a comparação dos resultados e consequentemente da evolução do período que está entre a data de admissão e a alta.

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de “criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas” (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986).

A MIF é provavelmente o mais amplo instrumento para medir a capacidade funcional. É um instrumento preciso e universal que avalia as funções superiores, sendo um indicador de incapacidade. Deste modo, as modificações da MIF refletem a eficácia do programa de reabilitação (Benvegna et al, 2008).

A MIF é utilizada principalmente em adultos com lesões neurológicas (como os AVC's e lesões medulares), mas também em crianças. A forma de se obter a informação depende da observação de desempenho do paciente, e/ou das informações fornecidas pelo paciente/familiar/cuidador/equipa (Benvegna et al, 2008).

Tem como vantagem o facto de englobar não só as atividades motoras, mas também os aspetos cognitivos e a capacidade de comunicação. Além destes aspetos, o instrumento tem grande acolhimento na literatura internacional (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986).

Constitui uma escala fiável e válida mas de difícil aplicação, consequentemente menos reproduzível, sobretudo devido ao facto de avaliar aspetos cognitivos e de interação social. (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986).

A MIF é regida por vários princípios, sendo eles: a avaliação da funcionalidade que deverá ser efectuada através da observação direta; a MIF deverá ser preenchida até 10 dias após a admissão; o preenchimento deverá ser efectuado por toda a equipa multidisciplinar; o preenchimento deverá ser estabelecido com o que o doente é capaz de fazer, no momento do preenchimento, e não tendo em conta aquilo que ele poderá vir a fazer, a partir da observação dirigida durante a realização de algumas atividades, onde será avaliada a qualidade do movimento, o tempo de realização, destreza, coordenação, habilidades cognitivas, sociais ou emocionais para que o paciente a realize. O objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a capacidade que a pessoa tem para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária; todas as alíneas deverão ser preenchidas e caso a funcionalidade demonstrada pelo doente, em determinada atividade, for variável, deverá ser atribuída a pontuação mais baixa (Turner-Stokes et al, 1999). No CMRA, o registo da MIF é efectuado 72h após a admissão e no momento da alta, podendo, também ser preenchido na consulta dos três meses, após a data da alta (UDSMR, 1990).

Este instrumento de avaliação verifica o desempenho do individuo num conjunto de 18 tarefas, referentes a autocuidados, ao controlo esfinteriano, às transferências, à locomoção, à comunicação e à cognição social (Turner-Stokes et al, 1999).

As áreas de avaliação da MIF podem ser subdivididas e deste modo, na área de autocuidados enquadram-se a alimentação, a higiene pessoal, o banho/duche, o vestir a metade superior do corpo, o vestir a metade inferior do corpo, e a utilização da sanita. Na alimentação avalia-se a capacidade de utilização de utensílios para levar os alimentos à boca e de mastigar e engolir, com a refeição já devidamente preparada. A higiene pessoal avalia-se através da lavagem dos dentes, do pentear, da lavagem das mãos e da face e da capacidade de fazer a barba e colocar maquilhagem. A avaliação da capacidade de tomar banho relaciona-se com a lavagem do corpo, em banho de emersão, chuveiro ou através da utilização de uma bacia. O vestir da metade superior do corpo inclui a capacidade do doente em vestir-se da cintura para cima e de colocar

ou retirar uma ajuda técnica, da parte superior do corpo. Em contrapartida, o vestir da metade inferior do corpo relaciona-se com a aptidão do indivíduo em vestir-se da cintura para baixo e em colocar ou retirar uma ajuda técnica, da parte inferior do corpo. A utilização da sanita avalia-se através da capacidade de realizar a higiene perineal e de despir e vestir a roupa, antes e depois da utilização da sanita (UDSMR, 1990).

A área do controlo de esfíncteres inclui o controlo vesical e anal (Turner-Stokes et al, 1999). O controlo adequado dos esfíncteres requer o controlo completo e intencional da bexiga e da defecação e a utilização de equipamento e meios necessários para tal (UDSMR, 1990). A mobilidade inclui as transferências relativas ao leito/cadeira/cadeira de rodas, sanita e banheira/duche e, ainda, a locomoção através de marcha/cadeira de rodas e escadas (Turner-Stokes et al, 1999). A transferência relativa a leito/cadeira/cadeira de rodas abarca todos os aspetos de transferência de e para o leito, cadeira e cadeira de rodas, ou a passagem para a posição de pé, se a marcha for o modo típico de locomoção. A transferência relativa à sanita relaciona-se com a ação de chegar e de se retirar da sanita, banheira ou duche e ainda entrar e sair da banheira e/ou duche. A locomoção através de marcha/cadeira de rodas inclui a deambulação na horizontal, relacionando-se, assim, com o andar a partir da posição de pé ou com a utilização de uma cadeira de rodas. A avaliação da locomoção através de escadas inclui a subida e descida de 12 a 14 degraus (lance de escadas), no interior (UDSMR, 1990).

A área da comunicação subdivide-se em compreensão e expressão (Turner-Stokes et al, 1999). A compreensão avalia-se através da capacidade de compreender a comunicação visual ou auditiva, ou seja, a informação linguística, falada ou escrita e, ainda, os gestos. A avaliação da expressão prende-se com a expressão clara da linguagem verbal e não-verbal, ou seja, com a expressão de informação linguística verbal ou gráfica, através da escrita ou de outro sistema de comunicação (UDSMR, 1990).

A consciência do mundo exterior inclui a interação social, a resolução dos problemas da vida quotidiana e, ainda, a memória (Turner-Stokes et al, 1999). A avaliação da interação social abrange as técnicas e os meios utilizados pelo doente para se fazer compreender e para participar nas situações terapêuticas e sociais. Deste modo, representa a forma como a pessoa lida com as suas próprias necessidades, em simultâneo, com as dos outros. A resolução dos problemas da vida quotidiana avalia-se através da capacidade do doente tomar decisões razoáveis, seguras e adaptadas ao momento. Essas decisões poderão ser referentes a tarefas

sociais, financeiras e pessoais. A avaliação da memória inclui, em particular, as capacidades de armazenamento e recuperação de informação, principalmente, verbal e visual (UDSMR, 1990).

Cada um dos dezoito itens da MIF tem uma cotação máxima de 7, e a cotação mínima de 1. O valor 1 corresponde à dependência total e o valor 7 relaciona-se com a realização de tarefas de forma totalmente independente. A cotação total mais elevada é, portanto, de 126 e a mais baixa é de 18. A cotação em sete níveis é fundamental para que as alterações funcionais sejam observadas com uma sensibilidade suficiente.

2.2 Qualidade de Vida na Lesão Medular

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), a Qualidade de Vida (QOL) é definida como a percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que é afetado pela saúde física, pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente. Segundo Albrecht e Devlieger (1999), apesar das adversidades da condição física, consegue-se uma boa QOL quando se restitui o balanço entre o corpo, a mente e espírito.

Os primeiros trabalhos de investigação da QOL em doentes com LVM pertencem a Crew (1980) como citado em Dijkers (1997), tendo este constatado que os participantes percecionavam uma satisfação inferior à da população geral, principalmente nas áreas da saúde, sexualidade e relações sociais. Outras investigações mais recentes demonstram a consensualidade da diminuição da QOL nesta população. Segundo Kanisto e col. (1998), como citado em Stevens, Caputo, Fuller e Morgan (2008), apesar dos programas de reabilitação promoverem a recuperação da função perdida através da implementação de equipamentos e técnicas compensatórias que aumentam de forma significativa a QOL, estes esforços não parecem ser suficientes para usufruírem de uma QOL semelhante à da população saudável. Contudo, apesar de inferiores à população saudável, esta população parece apontar índices de bem-estar subjetivo satisfatórios. Albrecht e Devlieger (1999) falam de um paradoxo (paradoxo da inabilidade) que pode ser entendido de duas formas: primeiro, as pessoas com lesões graves e persistentes (nomeadamente pessoas com LVM) relatam várias limitações nas atividades quotidianas e na vida social, mas ao mesmo tempo têm uma boa QOL e, o público em geral

percebe estas pessoas com uma QOL insatisfatória, apesar de se constatar que mais de 50% delas reportam boa e até excelente QOL. Mesmo indivíduos com altos níveis de prejuízo (e.g., tetraplegia) e requerendo assistência de ventilação relataram excelentes níveis de bem-estar. Não obstante, vários estudos demonstram que há um maior comprometimento nos “aspectos sociais”, relativamente a outras dimensões avaliadas quando se utiliza o SF-36 Health Survey, um dos instrumentos mais usados na avaliação da QOL em LVM (Bruzoni, Silva, Gonçalves & Veronezi, 2011).

A lesão medular, tendo em conta a sua gravidade e irreversibilidade, exige aos indivíduos portadores um programa de reabilitação extenso e que, na maioria das vezes, não leva à cura, mas auxilia na adaptação de uma nova vida. As dificuldades e sequelas que os mesmos enfrentam para retornar à sua vida familiar e social interferem na sua qualidade de vida e são um desafio aos profissionais de saúde no que diz respeito à componente de reabilitação.

Há um consenso crescente de que a QOL é uma questão fundamental para as pessoas com lesão medular, especialmente porque a expectativa de vida destes indivíduos tem aumentado substancialmente nos últimos 30 anos (Lopes, 2007).

Vários autores mencionam o conceito de qualidade de vida como medida de ajustamento a longo prazo (Frank & Elliott, 1987, Ruiz & Aguado-Diaz, 2003). Murta e Guimarães (2007) verificaram que um ajustamento à lesão medular bem-sucedido está relativamente mais associado a variáveis ambientais e psicossociais (medidas pelos domínios das relações sociais e ambientais da QOL) do que a variáveis referentes às limitações físicas inerentes à lesão.

Já na Turquia foi realizado igualmente um estudo (Unalan, 2001) com adultos que sofreram lesões medulares que residiam numa comunidade com pessoas sem lesão. Os dois grupos de adultos (com lesão e sem lesão) preencheram um questionário de QOL, e os resultados obtidos foram significativamente mais baixos no grupo com lesão.

No Brasil (Vall, Braga & Almeida, 2006) foi realizado um estudo em que compararam o resultado de adultos com lesão medular e o grupo de aferição da escala utilizada, o resultado obtido foi desfavorável para o grupo igualmente com lesão medular.

No que diz respeito aos EUA realizou-se um estudo com indivíduos com lesões medulares de origem traumática, onde correlacionaram os aspectos físicos e mentais. Os resultados obtidos apresentaram uma correlação significativa entre o componente físico e o grau de incapacidade do paciente, concluindo que quanto maior o comprometimento consequente da lesão medular

menor o resultado do domínio físico relacionado com a QOL (Forchheimer, McAweeney & Tate, 2004).

2.2.1 Questionário de Saúde Reduzido SF-36

O formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36v2 – do inglês, Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey), pode ser usado por diferentes culturas e foi desenvolvido para avaliação da população em geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e pesquisa no contexto clínico. Constituído por 36 itens, dos quais resultam 8 dimensões: função e desempenho físico, dor, saúde geral, função e desempenho emocional, função social e vitalidade.

É uma tradução e adaptação portuguesa para a população portuguesa por Ferreira (2000; Ferreira et al. 2003) da versão original de Ware, Snow, Kosinsky e Gandek (1993). Este instrumento tem como objetivo avaliar a perceção de saúde tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde em jovens e adultos e é um dos instrumentos mais estudados e utilizados na avaliação da QOL em populações clínicas e não clínicas (Ribeiro, 2005). O processo de validação deste instrumento baseou-se nos procedimentos recomendados pelo projeto IQOLA, havendo tradução rigorosa e avaliação da tradução, testes psicométricos, exame da validade das escalas e acumulação de dados normativos e de guias de orientação.

3. Introdução ao Estudo

3.1 Pertinência do Estudo

A qualidade de vida é um termo em utilização crescente, bem como uma expressão popular que continua actualmente a apresentar uma definição difíceis dadas as múltiplas variáveis pessoais e sociais que incidem sobre o seu significado. Empiricamente tem-se uma opinião generalizada de que a qualidade de vida dos indivíduos com grandes limitações físicas é pobre, dessa forma esta investigação surge da inquietação e curiosidade que tem por base uma problemática diária vivida por esses indivíduos.

O estudo que se segue propõe estudar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida e independência funcional de pessoas com lesão vértebro medular há mais de um ano.

Uma vez que se aproximam de alguns milhares de indivíduos com LVM (Magalhães, 2005) e são variáveis as consequências sociais associadas, torna-se importante explorar um pouco mais esta temática, aliado ao facto de actualmente serem poucos os estudos existentes a nível nacional.

No que concerne às variáveis escolhidas para integrarem este estudo, a qualidade de vida parece-nos importante ser abordada num enquadramento da Fisioterapia enquanto constructo. Dessa forma pretende-se estudar se mesmo face a um acontecimento da vida adverso e que acarreta grandes limitações, as pessoas conseguem revelar alguma qualidade de vida e uma independência funcional satisfatória.

3.2. Objetivo Geral

- Estudar a influência de algumas variáveis sóciodemográficas e clínicas na qualidade de vida e independência funcional de sujeitos com lesão medular tendo em conta a sua própria perspectiva.

3.3. Questões do Estudo

1. Perceber em que medida a Qualidade de Vida e Independência Funcional dos indivíduos com LVM são influenciados pelas variáveis sóciodemográficas (idade, género, profissão, escolaridade e estado civil);
2. Perceber em que medida a Qualidade de Vida e Independência Funcional dos indivíduos com LVM são influenciados pelas variáveis associadas à própria lesão (data da lesão, etiologia

da lesão, nível neurológico e tipo de lesão).

3. Perceber em que medida a Qualidade de vida e a Independência Funcional, e respetivas dimensões se encontram relacionadas entre si em indivíduos com LVM

4. Método

4.1. Fontes de Dados

Com base na etapa anterior foram definidos os termos de busca relevantes para a pesquisa nas principais bibliotecas digitais e virtuais: MEDLINE, Pubmed, Cochrane library, SCIELO, bem como o portal b-on. Foram considerados artigos desde 1990 até 2016 inclusive.

4.2. Amostra

Este estudo contou com a participação de 63 pessoas com LVM. Foram incluídos na amostra pessoas de ambos os géneros, e por questões de aplicabilidade do material de recolha de dados, a amostra incidiu em adultos (maiores de 18 anos) até aos 90 anos de idade.

Outro critério de inclusão foi o tempo de lesão, tendo sido pensado previamente que todos os participantes deste estudo deveriam ter sofrido a lesão há mais de um ano (período considerado para haver já alguma estabilidade na sua adaptação e integração à nova condição (Cardoso, 2003)).

Como critério de exclusão estabeleceu-se o critério de não incluir pessoas com défices cognitivos que pudessem comprometer a compreensão e resposta dos itens dos instrumentos de avaliação, utentes que não possuam LVM, ou com idade inferior a 18 anos de idade, bem como indivíduos em que a lesão tenha sido diagnosticada há menos de um ano, ou inclusivé.

Segue-se a caracterização sóciodemográfica e clínica dos participantes.

4.4.1 Idade dos participantes

A idade dos participantes do presente estudo está compreendida entre os 18 e os 90 anos e representada na tabela 3.

Tabela 3. *Dados descritivos da idade dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	18-30	15	23,8
2	31-50	26	41,3
3	51-90	22	34,9
	Total	63	100,0

Como é possível verifica pela análise da tabela 5, o escalão com maior representação é o escalão que compreende os sujeitos entre os 31 e os 50 anos com cerca de 40% dos sujeitos e o escalão com menor representação é o escalão que engloba os sujeitos mais novos, entre os 18 e os 30 anos, que representam cerca de um quarto da amostra.

4.4.2 Género

A distribuição do género dos participantes está apresentada na tabela 4.

Tabela 4. *Dados descritivos do género dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	Masculino	29	46%
2	Feminino	34	54%
	Total	63	

Pela análise da tabela 6 verifica-se que a sub dimensão com maior representação é a que compreende os sujeitos do género feminino com cerca de 54% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é o escalão que engloba os sujeitos do género masculino com cerca de 46%.

4.4.3 Estado Civil

O estado civil dos participantes está apresentado na tabela 5.

Tabela 5. *Dados descritivos do estado civil dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	Solteiro	27	42,9
	Separado	8	12,7
	Viúvo	7	11,1
	Divorciado	3	4,8
2	Casado	18	28,6
	Total	63	100

Aqui pode dizer-se que o estado civil dos participantes foram agrupados em 2 sub dimensões diferentes, os sujeitos que se encontram sem relação e sujeitos que se encontram numa relação, sendo que a sub dimensão com maior representação é a que compreende os sujeitos de estado civil sem relação, com cerca de 71,4% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é a que engloba os sujeitos numa relação com cerca de 28,6%.

4.4.4 Nacionalidade dos Indivíduos

A nacionalidade dos indivíduos encontra-se apresentada na tabela 6.

Tabela 6. *Dados descritivos da nacionalidade dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	Portuguesa	59	93,7
2	Angolana	1	1,6
3	Brasileira	1	1,6
4	Guineense	1	1,6
5	Inglesa	1	1,6
	Total	63	100,0

Como é possível verificar pela análise da tabela 8, a sub dimensão com maior representação é a que compreende os sujeitos de nacionalidade Portuguesa com cerca de 93,7% dos sujeitos e o escalão com menor representação é a sub dimensão que engloba os sujeitos de nacionalidade estrangeira com cerca de 1,6% cada um.

4.4.5. Profissão dos Indivíduos

As diversas profissões dos indivíduos encontram-se apresentadas na tabela 7.

Tabela 7. *Dados descritivos das profissões dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	Advogada	1	1,6
	Animador Sócio Cultural	1	1,6
	Assistente Social	1	1,6
	Atleta	1	1,6
	Biólogo Marinho	1	1,6
	Eletricista	1	1,6
	Engenheiro	4	6,3
	Professor	2	3,2
	Estudante	6	9,5
2	Reformado	3	4,8
	Desempregado	23	36,5
	Doméstica	2	3,2
3	Estagiário	17	27,0
	Total	63	100,0

Como é possível verificar pela análise da tabela 9, as profissões dos participantes foram agrupados em 3 sub dimensões diferentes, empregados, desempregados e estagiários, sendo que a sub dimensão com maior representação é a de desempregado, com cerca de 36,5% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é a de doméstica com cerca de 3,2%.

4.4.6. Nível Educacional dos Indivíduos

O nível educacional dos indivíduos encontra-se na tabela 8.

Tabela 8. *Dados descritivos do nível educacional dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	Ensino Primário	9	14,3
2	Ensino Básico	14	22,2
3	Ensino Secundário	16	25,4
4	Ensino Superior Académico	24	38,1
	Total	63	100,0

O nível de escolaridade dos participantes foi agrupado em 4 sub dimensões diferentes, como é possível verificar pela análise da tabela 10: ensino primário, ensino básico, secundário e superior académico, sendo que a sub dimesão com maior representação é a de ensino superior académico, com cerca de 38,1% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é a de ensino primário com cerca de 14,3%.

4.4.7. Data de Lesão

A data de lesão dos indivíduos encontra-se apresentado na tabela 9.

Tabela 9. *Dados descritivos das datas de lesão dos indivíduos*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	2011 a 2015	15	23,8
2	1996 a 2010	29	46,0
3	Anterior a 1985 a 1995	14	22,3
	Não respondeu	5	7,9
	Total	63	100,0

As datas da lesão foram agrupadas em 3 sub dimensões diferentes, como é possível verificar pela análise da tabela 7: a sub dimesão com maior representação corresponde à data de lesão entre 1996 e 2010, com cerca de 46,0% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação corresponde à data de lesão entre periodos antecedentes a 1985 até 1995, com cerca de 22,3%.

4.4.8. Nível Neurológico da Lesão

O nível neurológico da lesão dos encontra-se apresentado na tabela 10.

Tabela 10. *Dados descritivos do nível neurológico dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões		N	%
1	Cervical	C4	4	6,3
		C5	7	11,1
		C6	10	15,9
2	Dorsal	D2	2	3,2
		D3	3	4,8
		D4	2	3,2
		D5	6	9,5
		D6	2	3,2
		D7	2	3,2
		D8	2	3,2
		D10	5	7,9
		D11	3	4,8
		D12	2	3,2
3	Lombar	L1	1	1,6
		L2	2	3,2
		L3	5	7,9
		L4	2	3,2
	Não respondeu		3	4,8
Total			63	100,0

O nível neurológico foi agrupado em 3 sub dimensões diferentes, nível de lesão cervical, dorsal e lombar, como se pode verificar pela análise da tabela 8: a sub dimensão com maior representação é a de nível de lesão dorsal, com cerca de 46,2% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é a de nível lombar com cerca de 15,9%.

4.4.9. Etiologia da Lesão

O motivo da lesão encontra-se apresentada na tabela 11.

Tabela 11. *Dados descritivos da etiologia da lesão dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões		N	%
1	Traumática	Acidente de trabalho	1	1,6
		Acidente de viação	27	42,9
		Acidente de aviação	3	4,8
		Acidente desportivo ou em lazer	11	17,5
		Atropelamento	4	6,3
		Queda	9	14,3
		Total	63	100,0
2	Não Traumática	Patologia Vascular		
		Aneurisma	2	3,2
		AVC Medular	1	1,6
		Tumor		
		Herpes Zóster	1	1,6
		Infecção		
		Virus de Poliomielite	1	1,6
		Congénito	1	1,6
		Outro		
		Espinha Bífida	1	1,6
		Não respondeu	1	1,6
		Total	63	100,0

O etiologia das lesões foram agrupadas em 2 sub dimensões diferentes, traumática e não traumática, como se pode verificar pela análise da tabela 9: a sub dimensão com maior representação é a sub dimensão traumática, com cerca de 87,4% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é a de etiologia não traumática com cerca de 11,2%.

4.4.10 Tipo de Lesão

O tipo de lesão encontra-se apresentado na tabela 12.

Tabela 12. *Dados descritivos dos tipos de lesões dos participantes*

Dimensões	Sub Dimensões	N	%
1	Completa	40	63,5
2	Incompleta	18	28,6
	Não respondeu	5	7,9
	Total	63	100,0

O tipo de lesão foi agrupado em 2 sub dimensões diferentes, tipo de lesão completa e incompleta, como se pode verificar pela análise da tabela 9: a sub dimensão com maior representação é a lesão do tipo completa, com cerca de 63,5% dos sujeitos e a sub dimensão com menor representação é a do tipo incompleta com cerca de 28,6%.

4.5. Instrumentos de Medição

4.5.1 Instrumento de Medida de Independência Funcional - MIF

A *Functional Independence Measure* (anexo 1) ou Medida de Independência Funcional traduzida e validada para a Língua Portuguesa por Laíns (1990), teve origem na década de 1980, tendo sido desenvolvida pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de Nova Iorque, em Buffalo pela Academia Americana de Medicina Física e de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986).

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de “criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas” (Granger, 2011)

A MIF é provavelmente o mais amplo instrumento para medir a capacidade funcional. É um instrumento preciso e universal que avalia as funções superiores, sendo um indicador de incapacidade. Deste modo, as modificações da MIF refletem a eficácia do programa de reabilitação (Benvegna et al, 2008).

O preenchimento deverá ser estabelecido com o que o doente é capaz de fazer, no momento do preenchimento, e não tendo em conta aquilo que ele poderá vir a fazer, a partir da observação dirigida durante a realização de algumas atividades, onde será avaliada a qualidade do movimento, o tempo de realização, destreza, coordenação, habilidades cognitivas, sociais ou emocionais para que o paciente a realize. O objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a capacidade que a pessoa tem para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária; todas as alíneas deverão ser preenchidas e caso a funcionalidade demonstrada pelo doente, em determinada atividade, for variável, deverá ser atribuída a pontuação mais baixa (Turner-Stokes et al, 1999).

As duas dimensões da MIF, motora e cognitiva, apresentam valores diferentes. Assim, a dimensão motora apresenta uma cotação total mais elevada de 91 e mais baixa de 13, e a dimensão cognitiva uma cotação total mais elevada de 35 e mais baixa de 5. A soma das duas dimensões corresponde ao valor total máximo e mínimo da MIF.

Assim, de acordo com o estadio em que o doente se encontra será atribuído um determinado nível:

INDEPENDENTE – Não é requerida outra pessoa para a atividade.

SEM AJUDA

- Nível 7- INDEPENDÊNCIA COMPLETA – Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizados em segurança, sem modificação, sem ajudas técnicas e em tempo razoável.
- Nível 6- INDEPENDÊNCIA MODIFICADA – A atividade requer: uma ajuda técnica, prótese ou ortótese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizado em condições de segurança suficientes.

DEPENDENTE – É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física; sem esta, a atividade não pode ser realizada

COM AJUDA DEPENDÊNCIA MODIFICADA – O sujeito realiza pelo menos 50% do esforço.

- Nível 5 - SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO – O sujeito só necessita de um controlo, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contacto físico. Ou ainda: o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a ortótese ou prótese (ajuda técnica).

- Nível 4 - AJUDA COM CONTACTO MÍNIMO -O contacto é puramente "táctil", e o sujeito realiza 75% ou mais do esforço
- Nível 3 - AJUDA MODERADA - O sujeito requer mais do que um contacto táctil, ou realiza 50 a 74% do esforço

DEPENDÊNCIA COMPLETA - O sujeito efetua menos da metade (menos de 50%) do esforço. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada.

- Nível 2- AJUDA MÁXIMA -O sujeito desenvolve menos de 50%, mas pelo menos 25% do esforço
- Nível 1- AJUDA TOTAL -O sujeito efetua menos de 25% do esforço.

4.5.2. Questionário SF-36 *Health Survey Manual*

O questionário de Saúde reduzido SF-36 (*Short Form* de 36 itens *Health Survey*) apresenta uma longa história desde os anos 70 com o *The Rand Health Insurance Study* mas, somente em 1993 foi publicada a primeira versão do instrumento conhecido como SF-36, com Ware, Snow, Kosinski e Gandek como seus autores (Ribeiro, 2002). Posteriormente, no estudo de validação do SF-36 para a população portuguesa, os resultados demonstram que todos os itens apresentam uma correlação com a escala a que pertencem, superior ao valor definido de .40 (Gandek, Ware, Aaronson, Apolene, Bjorner, Bullinger, Kaasa, Fukuhara, Leplège & Sullivan, 1998, cit in Ribeiro, 2005). Assim, os valores apresentados estão dentro dos padrões normativos encontrados na adaptação, do instrumento em 11 países (Gandek et al., cit in Ribeiro, 2005).

Este instrumento tem como principal objectivo avaliar o Estado de Saúde em geral que pode ser utilizado em pessoas saudáveis como em doentes (patologias físicas ou psiquiátricas crónicas), pois permite a descrição de diferenças no funcionamento e bem-estar em indivíduos (Ribeiro, 2005).

Este questionário é composto por 36 itens, 35 dos quais formam duas componentes: componente física com quatro dimensões: Funcionamento Físico que diz respeito á questão número 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j, refere-se á limitação que os sujeitos apresentam em actividades violentas como correr, levantar pesos entre outros; andar mais de 1 km; subir um lance de escadas; etc. A

dimensão Desempenho Físico, que diz respeito á questão número 4a, 4b,4c e 4d da escala onde se questiona se o individuo, nas suas últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou actividades diárias, dificuldade em executar o seu trabalho ou a sensação de que fez menos do que desejava, entre outros. A seguinte dimensão diz respeito às questões 7 e 8 e denomina-se como Dor Corporal, onde se questiona se o participante revelou dores nas últimas quatro semanas e de que forma a dor interferiu no seu trabalho normal. A dimensão Saúde Geral diz respeito ás questões 1 e 11a, 11b,11c e 11d, onde se questiona se os participantes consideram que adoecem mais facilmente que outros indivíduos, se é igualmente saudável como outros indivíduos, se o mesmo está convencido de que a sua saúde vai piorar ou se a mesma está óptima. A dimensão Vitalidade, diz respeito á questão 9a, 9e,9g e 9i que interroga o individuo relativamente á energia, felicidade que sentiu nas últimas 4 semanas, bem como ao facto de se ter alguma vez sentido cheio de vitalidade, com muita energia, estafado ou cansado. O Funcionamento Social diz respeito às questões 6 e 10 onde se questiona em que medida é que a saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social com família, amigos, vizinho, entre outros. O Desempenho Emocional diz respeito á questão 5a, 5b e 5c, onde se questiona se nas últimas 4 semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias, alguns dos problemas apresentados devido a problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso). Por último, temos a dimensão de Saúde Mental, que diz respeito á questão 9b, 9c,9d,9f e 9h, onde se questiona se o participante se sentiu nas últimas quatro semanas muito nervoso, deprimido, calmo ou tranquilo e feliz.

A versão portuguesa do SF- 36 apresenta uma elevada consistência interna e uma boa validade. A cotação é efetuada, somando as notas brutas de cada uma das dimensões e convertendo-as numa escala de 0 a 100. Para isso, os dados devem ser introduzidos numa base de dados e reverter alguns itens (consoante uma tabela padrão) para, através de uma fórmula, converter numa escala de 100 pontos (Ribeiro, 2005), sendo que os valores mais elevados correspondem a uma melhor perceção do estado de saúde ou QOL. No que concerne ao estudo de Ribeiro (2005) constata-se que a média de uma população normal para o componente mental é de 67.14 e de 73.08 para o componente físico, em comparação com uma população com doença cujos valores são de 57.15 e 55.96, respetivamente. Para comparação de valores noutras populações em estudo, devem-se considerar os valores das medianas de cada subescala: Funcionamento Físico (95), Desempenho Físico (100), Dor Corporal (72), Saúde Geral (67), Vitalidade (60), Saúde Mental (68), Funcionamento Social (75) e Desempenho Emocional (100).

4.5.3. Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Neste questionário com 16 questões de resposta fechada inquirir-se acerca de alguns dados sócio-demográficos (género, idade, grau de escolaridade, profissão e estado civil), bem como clínicos (tipo de traumatismo e causa, nível, extensão e tempo de LVM). (Apêndice 3)

4.6. Procedimento

A amostra foi seleccionada através da Associação “Salvador” e “Vida Independente”, segundo um processo não probabilístico seleccionado e recrutado por conveniência. Num primeiro momento, o projecto do presente estudo foi enviado para a Associação Salvador e Vida Independente no sentido de obter aprovação e autorização para a aplicação do mesmo. Especificamente, no que concerne à recolha de dados, procedeu-se por duas etapas, respectivamente através da resposta ao questionário pessoalmente e *online*.

Os participantes que efectuaram o preenchimento pessoalmente encontravam-se no Simpósio Internacional de Lesões Vertebro – Medulares em Alcoitão, que decorreu entre os dias 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2015, Simpósio esse desenvolvido com o apoio da Associação “Salvador”. Explicou-se previamente a cada participante o tema, objectivos e o enquadramento do estudo. De seguida, pediu-se para que cada um lesse e assinasse uma declaração de consentimento informado (no caso dos participantes que não conseguiam assinar, recorreu-se ao assentimento, à assinatura de um familiar testemunho).

Nesta declaração (Apêndice 1) garante-se o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como o carácter voluntário de participação. Cada participante teve possibilidade de preencher o seu questionário sozinho ou ter auxílio do investigador, devido à sua condição física. Aquando do preenchimento individual, o investigador esteve disponível para o esclarecimento de dúvidas pontuais dos participantes. Por fim, disponibilizou-se tempo para eventuais dúvidas ou observações que gostassem de fazer.

Os participantes que efectuaram o preenchimento *online*, foram recrutados a partir da Associação “Vida Independente”. Foi transcrito o questionário sóciodemográfico e clínico para o Google Docs e enviado individualmente para os *e-mails* fornecidos pela Associação. Após a recepção do *link* do questionário, cada participante preenchia e quando finalizasse era automaticamente enviado para a base de dados online que pertencia à investigadora.

A recolha foi realizada entre os dias 29 de Outubro de 2015 e dia 20 de Dezembro de 2015.

4.7. Definição de Variáveis

4.7.1. Variáveis Independentes

Características sóciodemográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, tempo de lesão, etiologia da lesão, extensão da lesão e nível neurológico).

4.7.2. Variáveis Dependentes

Independência funcional e qualidade de vida.

Tabela 13. *Plano Operacional de Variáveis Independentes da amostra*

Variáveis Independentes	Descrição	Código	Tipo
Género	Género	Masculino Feminino	Categórica Nominal
Idade	Anos		Contínua
Nível de Escolaridade	Conclusão de um determinado ciclo de estudos.	1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino Secundário Formação Universitária	Ordinal
Estado Civil	Situação de um determinado sujeito face ao matrimónio ou sociedade conjugal.	Casado Solteiro Separado Viúvo	Categórica Nominal
Etiologia da Lesão	Estudo das ciências das causas da lesão.	Traumática Não traumática	Categórica Nominal
Nível Funcional	Nível de interacção dinâmica entre os estados de saúde e os factores contextuais.	Paraplégia Tetraplégia	Categórica Nominal
Extensão da lesão	Estudo da dimensão da lesão.	Completa Incompleta	Categórica Nominal
Nível neurológico	Segmento mais caudal da medula espinhal com função sensitiva e motora	C1 a C7 D1 a D12 L1 a L5	Categórica Nominal

normais de ambos os
lados corporais.

Tabela 14. Plano Operacional de Variáveis Dependentes da amostra

Variáveis Dependentes	Descrição	Dimensões	Tipo
Qualidade de Vida	Percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações	Função Física Função Social Dor Desempenho Emocional Desempenho Físico Vitalidade Saúde Geral Saúde Mental	Intervalar discreta
Independência Funcional	Capacidade de autonomia na interacção dinâmica entre os estados de saúde e os factores contextuais.	MIF Física MIF Sócio-cognitiva	Intervalar discreta

4.8 Análise de Dados

Após a recepção dos questionários individuais, foi feita a verificação de cada variável com o intuito de detetar a existência de possíveis lacunas que colocassem em causa a utilização das mesmas.

A fim dos dados serem estatisticamente tratados e depois de seleccionadas as variáveis independentes para estudo (género, idade, estado civil, profissão, escolaridade, etiologia, data de lesão, tipo e nível de lesão) e dependentes (MIF e SF-36), procedeu-se à inserção dos dados no computador, exportados para um ficheiro .txt para serem depois importados para o software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, versão 23*), tendo sido posteriormente submetidos a uma análise estatística.

Assim, para alcançar os objetivos definidos, para além da estatística descritiva realizada, procedeu à organização das escalas relativas ao instrumento QOL (dimensões: desempenho físico, desempenho emocional, funcionamento físico, funcionamento social, desempenho emocional, desempenho físico, dor corporal, vitalidade e saúde mental). Procedeu-se igualmente à organização das escalas relativas ao instrumento IF (dimensões: física e sócio-cognitiva).

Recorreu-se igualmente aos scores totais destas duas variáveis, tendo para tal procedido-se inicialmente à recodificação dos itens invertidos, análise da consistência interna através do alfa de *Cronbach* e finalmente aos somatórios dos itens respetivos de cada dimensão. Recorreu-se á análise ANOVA (teste de Welch) sempre que não se verificou homogeneidade das variâncias.

5. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo serão descritos os principais resultados de acordo com os objectivos propostos e definidos no capítulo anterior. Primeiramente apresenta-se uma análise descritiva das variáveis dependentes em estudo (Qualidade de Vida e Independência Funcional). Segue-se a análise das relações das variáveis dependentes com um conjunto de variáveis sócio-demográficas e clínicas. Finalmente apresenta-se uma exploração das relações entre as variáveis dependentes em estudo e suas dimensões.

5.1 Análise descritiva das variáveis dependentes

Tabela 15. *Dados Descritivos e Consistência Interna das Dimensões das variáveis dependentes em estudo*

Instrumentos	Dimensões	N	M	DP	Alfa de Cronbach
QoL	Desempenho Físico	62	10,82	3,29	0,47
	Funcionamento Físico	62	17,34	5,53	0,89
	Dor Corporal	62	6,21	2,22	0,80
	Saúde Geral	62	13,71	4,91	0,85
	Vitalidade	62	12,00	3,873	0,85
	Funcionamento Social	62	5,69	2,59	0,89
	Desempenho Emocional	62	7,41	2,37	0,97
	Saúde Mental	62	15,98	5,52	0,91
IF	Físico	62	64,10	22,07	0,96
	Cognitivo Social	62	31,98	6,38	0,93

Tanto na escala de qualidade de vida bem como na escala de independência funcional encontram-se reunidos 62 participantes.

Para avaliar a consistência interna da Escala de Independência Funcional (MIF) e de Qualidade de vida (SF-36) recorreu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach*. Ambas as sub dimensões da escala de independência funcional apresentam uma consistência interna bastante satisfatória (alfa de *Cronbach* de 0,96 para a sub dimensão Física; alfa de *Cronbach* de 0,93 para a sub dimensão sócio-cognitiva). Esta escala revela ser, tendo em conta a sua boa consistência interna, um instrumento apropriado na avaliação da autonomia e participação de utentes com LVM.

No que diz respeito à consistência interna da escala de qualidade de vida esta apresenta uma consistência interna muito elevada na sub dimensão de Desempenho Emocional (alfa de *Cronbach* de 0,97) e Saúde Mental (alfa de *Cronbach* de 0,91). Apresenta-se ainda uma consistência interna elevada para as sub dimensões Funcionamento Físico (alfa de *Cronbach* de 0,89), Funcionamento Social (alfa de *Cronbach* de 0,89), Vitalidade (alfa de *Cronbach* 0,85), Saúde Geral (alfa de *Cronbach* de 0,85), Dor Corporal (alfa de *Cronbach* de 0,80). Denota-se uma consistência interna mais reduzida no Desempenho Físico com um alfa de *Cronbach* de 0,47. Esta escala revela ser um instrumento apropriado para avaliar a qualidade de vida nos indivíduos com LVM.

5.2. Análise das relações entre as variáveis dependentes e variáveis sócio-demográficas e clínicas

Para analisar as relações entre as variáveis dependentes (qualidade de vida e independência funcional) e as variáveis sócio-demográficas em estudo foi conduzido um conjunto de análises de variância (one-way ANOVA), no sentido de explorar o impacto do género, idade, nível de escolaridade, profissão e estado civil na qualidade de vida (mais precisamente nas 8 dimensões que a constituem) e na independência funcional (dimensão física, cognitivo-social) dos sujeitos da amostra. O mesmo procedimento foi utilizado para a análise do impacto das variáveis clínicas, mais precisamente nível da lesão, tempo da lesão, etiologia da lesão e tipo de lesão na qualidade de vida e na independência funcional.

5.2.1. Análise das relações entre a independência funcional e as variáveis sócio-demográficas em estudo

5.2.1.1. Dados descritivos da Dimensão Física Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Género

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e a variável sócio-demográfica género revela-se estatisticamente não significativo [$F(1,60) = 0,163$; $p = 0,688$; Grupo 1 ($M=65,31$; $DP=22,54$) e Grupo 2 ($M=63,03$; $DP=21,93$)].

5.2.1.2. *Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Género*

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e a variável sócio-demográfica género revela-se estatisticamente não significativo [$F(1,60) = 0,003$; $p = 0,954$; Grupo 1 ($M=32,03$; $DP=6,83$) e Grupo 2 ($M=31,93$; $DP=6,06$)].

5.2.1.3. *Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Idade*

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e a variável sócio-demográfica idade revela-se estatisticamente não significativo [$F(2,59) = 0,0248$; $p = 0,781$; Grupo 1 ($M=60,67$; $DP=24,47$), Grupo 2 ($M=65,72$; $DP=21,80$) e Grupo 3 ($M=64,59$; $DP=21,45$)].

5.2.1.4. *Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Idade*

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e a variável sócio-demográfica idade revela-se estatisticamente não significativo [$F(2,59) = 0,026$; $p = 0,974$; Grupo 1 ($M=31,93$; $DP=5,33$), Grupo 2 ($M=32,20$; $DP=7,17$) e Grupo 3 ($M=31,77$; $DP=6,34$)].

5.2.1.5. *Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Estado Civil*

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e a variável sócio-demográfica estado civil revela-se estatisticamente não significativo [$F(1,60) = 0,523$; $p = 0,472$; Grupo 1 ($M=62,79$; $DP=22,70$) e Grupo 2 ($M=67,27$; $DP=20,69$)].

5.2.1.6. *Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Estado Civil*

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e a variável sócio-demográfica estado civil revela-se estatisticamente não significativo [$F(1,60) = 0,713$; $p = 0,402$; Grupo 1 ($M=31,54$; $DP=6,83$) e Grupo 2 ($M=33,05$; $DP=5,11$)].

5.2.1.7. *Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Nível de Escolaridade*

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e a variável sócio-demográfica nível de escolaridade revela-se estatisticamente não significativo [$F(3,58) = 0,824$; $p = 0,486$; Grupo 1 ($M=54,55$; $DP=20,12$), Grupo 2 ($M=62,28$; $DP=25,87$), Grupo 3 ($M=65,80$; $DP=22,14$) e Grupo 4 ($M=67,67$; $DP=20,52$)].

5.2.1.8. Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Nível de Escolaridade

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e a variável sócio-demográfica nível de escolaridade revela-se estatisticamente não significativo [$F(3,58) = 2,296$; $p = 0,087$; Grupo 1 ($M=29,11$; $DP=7,18$), Grupo 2 ($M=29,43$; $DP=9,73$), Grupo 3 ($M=33,67$; $DP=2,87$) e Grupo 4 ($M=33,50$; $DP=4,46$)].

5.2.1.9. Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Profissão

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e a variável sócio-demográfica profissão revela-se estatisticamente não significativo [$F(2,59) = 2,911$; $p = 0,062$; Grupo 1 ($M=63,50$; $DP=21,18$), Grupo 2 ($M=58,46$; $DP=22,12$) e Grupo 3 ($M=74,62$; $DP=20,32$)].

5.2.1.10. Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Profissão

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e a variável sócio-demográfica profissão revela-se estatisticamente não significativo [$F(2,59) = 1,264$; $p = 0,290$; Grupo 1 ($M=33,11$; $DP=3,94$), Grupo 2 ($M=30,57$; $DP=8,08$) e Grupo 3 ($M=33,19$; $DP=4,83$)].

5.2.2. Análise das relações entre a independência funcional e as variáveis clínicas em estudo

5.2.2.1. Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função do Nível de Lesão Neurológico

No que diz respeito à dimensão física, por análise dos resultados da tabela 16, há a registar que indivíduos com nível de lesão lombar (Grupo 3) apresentam um score para a dimensão física mais elevado, comparativamente aos indivíduos com lesão a nível dorsal (Grupo 2) e cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical aqueles que apresentam uma independência funcional no domínio físico mais reduzido. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos [$F(2,55) = 22,55$, $p=0.00$].

As comparações de *Post-hoc* com o teste de *Bonferroni* indicam que a média do Grupo 1 ($M=44.42$, $DP=21.13$) é significativamente diferente do Grupo 2 ($M=75.34$, $DP=13.30$) e do Grupo 3 ($M=75.30$, $DP=14.63$), contudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo 2 para o Grupo 3.

Tabela 16. *Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Nivel de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1- Cervical	21	44.43	21.13
Grupo 2 - Dorsal	23	75.35	13.28
Grupo 3 - Lombar	14	75.29	14.63

5.2.2.2 Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função do Nivel de Lesão Neurológico

No que diz respeito à dimensão sócio-cognitiva, por análise dos resultados da tabela 17, há a registar que indivíduos com nível de lesão dorsal (Grupo 2) apresentam um score para a dimensão sócio-cognitiva mais elevado, comparativamente aos indivíduos com lesão a nível lombar (Grupo 3) e cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical aqueles que apresentam uma independência funcional no domínio sócio cognitivo mais reduzido. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos [$F(2,55) = 22,99$, $p=0.001$].

As comparações de *Post-hoc* com o teste de *Bonferroni* indicam que a média do Grupo 1 ($M=27.86$, $DP=9.28$) é significativamente diferente do Grupo 2 ($M=34.35$, $DP=1.19$) e do Grupo 3 ($M=34.00$, $DP=3.46$).

Tabela 17. *Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Nivel de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1- Cervical	21	27,86	9,28
Grupo 2 - Dorsal	23	34,35	1,19
Grupo 3 - Lombar	14	34,00	3,46

5.2.2.2. Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Data de Lesão Neurológica

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e variável clínica Data de Lesão revela-se estatisticamente não significativa [$F(2,54) = 1,251, p = 0,294$; Grupo 1 ($M = 57,27$; $DP = 25,04$), Grupo 2 ($M = 66,11$; $DP = 23,32$), Grupo 3 ($M = 69,71$; $DP = 15,73$)].

5.2.2.3. Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Data de Lesão Neurológica

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e variável clínica Data de Lesão revela-se estatisticamente não significativa [$F(2,54) = 0,937, p = 0,398$; Grupo 1 ($M = 30,67$; $DP = 8,85$), Grupo 2 ($M = 31,86$; $DP = 6,39$) e Grupo 3 ($M = 33,93$; $DP = 2,52$)].

5.2.2.4. Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Etiologia da Lesão Neurológica

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e variável clínica Etiologia da Lesão revela-se estatisticamente não significativa [$F(1,57) = 0,902, p = 0,346$; Grupo 1 ($M = 64,50$; $DP = 22,30$) e Grupo 2 ($M = 54,60$; $DP = 22,16$)].

5.2.2.5. Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Etiologia da Lesão Neurológica

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e variável clínica Etiologia da Lesão revela-se estatisticamente não significativa [$F(1,57) = 0,429, p = 0,515$; Grupo 1 ($M = 32,00$; $DP = 6,39$) e Grupo 2 ($M = 30,00$; $DP = 8,25$) para a dimensão sócio-cognitiva].

5.2.2.6. Dados descritivos da Dimensão Física da Escala MIF em função da variável Tipo de Lesão Neurológica

A análise entre a dimensão física da Escala MIF e variável clínica Tipo de Lesão revela-se estatisticamente não significativa [$F(1,55) = 0,230$; $p=0,633$; Grupo 1 ($M = 62,15$; $DP=24,07$) e Grupo 2 ($M= 65,22$; $DP= 18,26$)].

5.2.2.7. *Dados descritivos da Dimensão Sócio-cognitiva da Escala MIF em função da variável Tipo de Lesão Neurológica*

A análise entre a dimensão sócio-cognitiva da Escala MIF e variável clínica Tipo de Lesão revela-se estatisticamente não significativa [$F(1,55)=1,285$; $p=0,262$; Grupo 1 ($M=31,15$; $DP=7,33$) e Grupo 2 ($M= 33,28$; $DP=4,46$) para a dimensão sócio-cognitiva].

5.2.3. **Análise das relações entre a qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas em estudo**

5.2.3.1 *Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da variável Idade*

No que diz respeito à dimensão vitalidade, por análise dos resultados da tabela 17, há a registar que indivíduos com idades compreendidas entre os 31 anos de idade e 50 (Grupo 2) apresentam um score para a vitalidade mais elevado, comparativamente aos indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos de idade (Grupo 1) bem como idades compreendidas entre os 51 e 90 anos de idade (Grupo 3), sendo os que apresentam idades compreendidas entre os 18 e 30 anos de idade aqueles que apresentam uma vitalidade no mais reduzido. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $F(2,58) = 3,521$; $p=0.036$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 2 ($M=13,36$, $DP=3,97$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=10,14$, $DP=3,61$) e Grupo 3 ($M=11,64$, $DP=3,48$), contudo não se encontraram diferenças significativas entre o Grupo 1 para o Grupo 3.

Tabela 18. *Dados descritivos da Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da variável Idade*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	14	10,14	3,61
Grupo 2	25	13,36	3,97
Grupo 3	22	11,64	3,48

5.2.3.2 *Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da Variável Idade*

A análise entre a variável Idade e dimensão Função Física não revela resultados estatisticamente significativos [F (2,58) =0,848; $p=0,433$; Grupo 1 (M=15,73 ;DP = 4,90) , Grupo 2(M=17,96; DP=5,67) e Grupo 3 (M=17,76; DP=5,79)].

5.2.3.3 *Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da Variável Idade*

A análise entre a variável Idade e dimensão Dor Corporal, não revela resultados estatisticamente significativos [F (2,60) =1,246; $p=0,295$; Grupo 1 (M=5,80; DP=2,18), Grupo 2 (M=6,73; DP=2,37) e Grupo 3 (M= 5,86; DP=2,03)].

5.2.3.4 *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da Variável Idade*

Entre a variável Idade e dimensão Saúde Geral não foram encontrados resultados estatisticamente significativos [F (2,60) =1,33; $p=0,271$; Grupo 1 (M=12,06; DP= 4,65), Grupo 2 (M=14,65; DP=5,19) e Grupo 3 (M=13,73;DP=4,67)].

5.2.3.5 *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da Variável Idade*

Não foram detectados resultados estatisticamente significativos entre a variável Idade e dimensão Função Social [F (2,59) =1,01; $p=0,370$; Grupo 1 (M=4,87; DP=2,17), Grupo 2 (M=6,00; DP=2,64) e Grupo 3 (M= 5,90; DP=2,79)].

5.2.3.6 *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da Variável Idade*

No que diz respeito à relação entre a variável Idade e dimensão Desempenho Emocional não foram encontrados resultados estatisticamente significativos [F (2,60) =0,272; $p=0,763$; Grupo 1 (M=7,80; DP=1,93), Grupo 2 (M=7,34; DP=2,73) e Grupo 3 (M=7,22; DP=2,24)].

5.2.3.7 *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental da Escala SF-36 em função da Variável Idade*

Entre a relação da variável Idade e dimensão Saúde Mental não se detectaram igualmente resultados estatisticamente significativos [F (2,57) =1,572; $p=0,217$; Grupo 1 (M=14,46; DP=2,63), Grupo 2 (M=15,96; DP=3,03) e Grupo 3 (M=15,24, DP=1,60)].

5.2.3.8 Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da Variável Idade

Por último entre a variável Idade e dimensão Desempenho Físico não foram encontrados resultados estatisticamente significativos [$F(2,60) = 0,399$; $p = 0,673$; Grupo 1 ($M = 10,40$; $DP = 3,30$), Grupo 2 ($M = 11,09$; $DP = 3,86$) e Grupo 3 ($M = 10,27$, $DP = 2,57$)].

5.2.3.9 Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da variável Nivel de Escolaridade

Em relação à dimensão desempenho emocional, por análise dos resultados da tabela 18, há a registar que indivíduos com nível Secundário de escolaridade (Grupo 3) apresentam um score para o desempenho emocional mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de escolaridade primário (Grupo 1) bem como idades básico (Grupo 2) e Superior Académico (Grupo 4), sendo os que apresentam nível de escolaridade básico aqueles que apresentam um desempenho emocional no mais reduzido. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0,05$ para os quatro grupos: [$F(3,59) = 3,102$; $p = 0,033$].

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M = 8,50$; $DP = 1,59$) foi significativamente diferente para o Grupo 2 ($M = 6,00$; $DP = 2,74$). Contudo não se verificaram diferenças significativas para o Grupo 1 ($M = 7,33$; $DP = 2,23$) e Grupo 4 ($M = 7,54$; $DP = 2,32$).

Tabela 19. Dados descritivos da Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da variável Nivel de Escolaridade

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	9	7,33	2,23
Grupo 2	14	6,00	2,74
Grupo 3	16	8,50	1,59
Grupo 4	24	7,54	2,32

5.2.3.10. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

A análise entre a variável Escolaridade e dimensão Função Física não revela resultados estatisticamente significativos [F (3,57) =0,830; $p= 0,483$; Grupo 1 (M=15,25; DP=4,77), Grupo 2 (M=16,28; DP=5,34) , Grupo 3 (M=18,27; DP=5,32) e Grupo 4 (M=18,08; DP=5,99)].

5.2.3.11. *Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a dimensão Dor Corporal e variável Escolaridade [F (3,59) =1,911, $p= 0,138$; Grupo 1 (M=5,33; DP=2,06), Grupo 2 (M=5,78; DP=1,89), Grupo 3 (M=7,25; DP=2,26) e Grupo 4 (M=6,08; DP=2,30)].

5.2.3.12. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

Entre a variável Escolaridade e dimensão Saúde Geral, não foram encontrados resultados com significância estatística [F (3,59) =0,850, $p=0,472$; Grupo 1 (M=12,89; DP=3,95), Grupo 2 (M=12,35; DP=4,4) , Grupo 3 (M=15,06; DP=5,10) e Grupo 4 (M=13,91; DP=5,36)].

5.2.3.13. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

No que diz respeito à variável Escolaridade e dimensão Função Social não foram encontrados igualmente resultados estatisticamente significativos [F (3,58) =1,31; $p=0,278$; Grupo 1 (M=5,44; DP=2,96), Grupo 2 (M=4,64; DP=2,37) , Grupo 3 (M=6,47; DP=2,29) e Grupo 4 (M=5,92; DP=2,70)].

5.2.3.14. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

No que se relaciona com a variável Escolaridade e dimensão Saúde Mental não se encontram resultados estatisticamente significativos [F (3,56) =0,238; $p=0,869$; Dados descritivos: Grupo 1 (M=14,78; DP=1,85), Grupo 2 (M=15,46; DP=3,84), Grupo 3 (M=15,69; DP=1,99) e Grupo 4 (M=15,36; DP=2,36)].

5.2.3.15. *Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

Entre a relação da variável Escolaridade e dimensão Vitalidade também não se verificam resultados estatisticamente significativos [F (3,57) =2,56, $p=0,063$; Grupo 1 (M=10,78; DP=2,99), Grupo 2 (M=10,61; DP=4,05), Grupo 3 (M=14,06; DP=3,68) e Grupo 4 (M=11,82; DP=3,82)].

5.2.3.16. *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Fisico da Escala SF-36 em função da Variável Nivel de Escolaridade*

Por ultimo entre a variável Escolaridade e dimensão Desempenho Fisico, também não se verificam resultados estatisticamente significativos [F (3,59) =2,32; $p=0,084$; Grupo 1 (M=10,89; DP=3,33), Grupo 2 (M=9,50; DP=3,06), Grupo 3 (M=12,31; DP=3,79) e Grupo 4 (M=10,08; DP=2,75)].

5.2.3.17 *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Fisico da Escala SF-36 em função da Variável Profissão*

No que diz respeito à dimensão desempenho físico, por análise dos resultados da tabela 19, há a registar que individuos com nivel profissional Estagiário (Grupo 3) apresentam um score para a desempenho fisico mais elevado, comparativamente aos individuos empregados (Grupo 1) bem como individuos reformados e/ou domésticos (Grupo 2), sendo os que apresentam empregabilidade aqueles que apresentam um desempenho fisico no mais reduzido. A nivel estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: F (2,60) = 4,88; $p=0.018$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 (M=12,53, DP=3,54) foi significativamente diferente para o Grupo 1 (M=9,83, DP=2,59) e Grupo 2 (M=10,00, DP=2,59).

Tabela 20. *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da variável Profissão*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	18	9,83	2,59
Grupo 2	28	10,00	3,17
Grupo 3	17	12,53	3,54

5.2.3.18. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da Variável Profissão*

A análise entre a variável Profissão e dimensão Função Física não revela resultados estatisticamente significativos [F (2,58) =1,26; $p=0,292$; Grupo 1 (M=17,50; DP=5,52), Grupo 2 (M=16,26; DP=5,12) e Grupo 3 (M=19,00; DP=6,09)]. Também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a variável Profissão e dimensão Dor [F (2,60) =2,02; $p=0,14$; Grupo 1 (M=5,89; DP=2,19), Grupo 2 (M=5,86; DP=2,03) e Grupo 3 (M= 7,12; DP=2,42)].

5.2.3.19 *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da Variável Profissão*

Relativamente à relação entre a variável Profissão e dimensão Saúde Geral não se detectam resultados estatisticamente significativos [F (2,60) =1,43; $p=0,25$; Grupo 1 (M=13,28; DP= 6,06), Grupo 2 (M=12,96; DP=3,98) e Grupo 3 (M=15,41;DP=4,86)].

5.2.3.20 *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da Variável Profissão*

Entre a variável Profissão e dimensão Função Social não se verificam resultados estatisticamente significativos [F (2,59) = 0,644; $p=0,530$; Grupo 1 (M=5,61; DP=2,79), Grupo 2 (M=5,39; DP=2,51) e Grupo 3 (M= 6,31; DP=2,57)].

5.2.3.21 Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da Variável Profissão

No que diz respeito à relação entre a variável Profissão e dimensão Desempenho Emocional não se verificam resultados estatisticamente significativos [$F(2,60) = 3,132$; $p=0,051$; Grupo 1 ($M=8,00$; $DP=1,88$), Grupo 2 ($M=6,60$; $DP=2,45$) e Grupo 3 ($M=8,12$; $DP=2,39$)].

5.2.3.22 Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental da Escala SF-36 em função da Variável Profissão

No que diz respeito à relação entre a variável Profissão e dimensão Saúde Mental não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [$F(2, 57) = 0,462$; $p=0,632$; Grupo 1 ($M=14,87$; $DP=2,55$), Grupo 2 ($M=15,48$; $DP=2,83$) e Grupo 3 ($M=15,70$; $DP=2,14$)].

5.2.3.23 Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da Variável Profissão

Entre a variável Profissão e dimensão Vitalidade também não se verificam resultados estatisticamente significativos [$F(2,58) = 1,378$; $p=0,260$; Grupo 1 ($M=11,94$; $DP=3,60$), Grupo 2 ($M=11,26$; $DP=3,47$) e Grupo 3 ($M=13,23$; $DP=4,60$)].

5.2.3.24 Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

Relativamente à análise entre a variável Estado Civil e dimensão Função Física não são revelados resultados estatisticamente significativos [$F(1,59) = 0,328$; $p=0,569$; Grupo 1 ($M=17,09$; $DP=5,46$) e Grupo 2 ($M=18,00$; $DP=5,80$)].

5.2.3.25 Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a variável Estado Civil e dimensão Dor Corporal [$F(1,61) = 1,082$; $p=0,302$; Grupo 1 ($M=6,02$; $DP=2,13$) e Grupo 2 ($M=6,67$; $DP=2,44$)].

5.2.3.26 Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

Entre a variável Estado Civil e dimensão Saúde Geral também não foram detectados resultados estatisticamente significativos [F (1,61) = 1,746; $p=0,191$; Grupo 1 (M=13,20; DP= 4,60)] e Grupo 2 (M=15,00; DP=5,54)].

5.2.3.27 Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

No que se relaciona com a variável Estado Civil e Função Social não foram igualmente detectados resultados estatisticamente significativos [F (1,60) = 1,844; $p=0,180$; Grupo 1 (M=5,41; DP=2,53) e Grupo 2 (M=6,39; DP=2,70)].

5.2.3.28 Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

No que diz respeito à relação entre a variável Estado Civil e dimensão Desempenho Emocional não foram detectados resultados estatisticamente significativos [F (1,61) = 3,046; $p=0,086$; Grupo 1 (M=7,09; DP=2,38) e Grupo 2 (M=8,22; DP=2,18)].

5.2.3.29 Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

Entre a variável Estado Civil e dimensão Desempenho Físico não se apresentam resultados estatisticamente significativos [F (1,61) = 0,001; $p=0,971$; Grupo 1 (M=10,64; DP=3,57) e Grupo 2 (M=10,61; DP=2,52)].

5.2.3.30 Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

Entre a variável Estado Civil e dimensão Saúde Mental não se verificaram igualmente resultados estatisticamente significativos [F (1,58) = 0,000; $p=0,991$; Grupo 1 (M=15,38; DP=2,78) e Grupo 2 (M=15,39; DP=2,00)].

5.2.3.31 Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da Variável Estado Civil

Entre a variável Estado Civil e dimensão Vitalidade não se verificaram igualmente resultados estatisticamente significativos [F (1,60) = 1,844; $p=0,180$; Grupo 1 (M=11,86; DP=3,68) e Grupo 2 (M=12,35; DP=4,43)].

5.2.3.31 *Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da Variável Género*

A análise entre a variável Género e dimensão Função Física não revela resultados estatisticamente significativos não se verificaram igualmente resultados estatisticamente significativos [F (1,59) = 0,202; $p=0,655$; Grupo 1 (M=17,70; DP=5,86) e Grupo 2 (M=17,06; DP=5,31)].

5.2.3.32 *Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da Variável Género*

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a variável Género e dimensão Dor Corporal [F (1,61) = 0,459; $p= 0,501$; Grupo 1 (M=6,00; DP=1,96) e Grupo 2 (M=6,38; DP=2,44)].

5.2.3.33 *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da Variável Género*

No que diz respeito à variável Género e dimensão Saúde Geral também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos [F (1,61) = 0,333; $p=0,566$; Grupo 1 (M=14,10; DP= 4,45) e Grupo 2 (M=13,38; DP=5,32)].

5.2.3.34 *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da Variável Género*

No que diz respeito à variável Género e dimensão Função Social não foram encontrados resultados estatisticamente significativos [F (1,60) = 0,452; $p=0,504$; Grupo 1 (M=5,93; DP=2,37) e Grupo 2 (M=5,48; DP=2,80)].

5.2.3.35 *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da Variável Género*

No que diz respeito à relação entre a variável Género e dimensão Desempenho Emocional não se verificam resultados estatisticamente significativos [$F(1,61) = 0,285$; $p = 0,595$; Grupo 1 ($M = 7,59$; $DP = 1,92$) e Grupo 2 ($M = 7,26$; $DP = 2,71$)].

5.2.3.36 *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Fisico da Escala SF-36 em função da Variável Género*

Na relação entre a variável Género e dimensão Desempenho Fisico não se verificam resultados estatisticamente significativos [$F(1,61) = 1,232$; $p = 0,271$; Grupo 1 ($M = 10,14$; $DP = 3,25$) e Grupo 2 ($M = 11,06$; $DP = 3,31$)].

5.2.3.37. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental da Escala SF-36 em função da Variável Género*

No que se relaciona com a variável Género e dimensão Saúde Mental também não se verificaram resultados significativos [$F(1,58) = 1,948$; $p = 0,168$; Grupo 1 ($M = 15,89$; $DP = 3,04$) e Grupo 2 ($M = 14,97$; $DP = 2,04$)].

5.2.3.38 *Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da Variável Género*

Entre a variável Género e dimensão Vitalidade não se verificaram resultados estatisticamente significativos [$F(1,59) = 0,017$; $p = 0,896$; Grupo 1 ($M = 12,07$; $DP = 3,32$) e Grupo 2 ($M = 11,94$; $DP = 4,34$)].

5.2.4. Análise das relações entre a qualidade de vida e as variáveis clínicas em estudo

5.2.4.1 Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

Por análise dos resultados da tabela 21, há a registar que indivíduos com data de lesão anterior a 1985 e 1991 (Grupo 3) apresentam um score para a função social mais elevado, comparativamente aos indivíduos com data de lesão compreendida entre 2011 e 2015 (Grupo 1) bem como data de lesão compreendida entre 2000 e 2006 (Grupo 2), sendo os que apresentam nível de função social mais reduzida aqueles que apresentam data de lesão entre 2011 e 2015 (Grupo 1). A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $[F(2,54) = 4,109; p=0.022]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M=7,00$, $DP=2,77$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=4,40$, $DP=1,88$) e Grupo 2 ($M=5,68$, $DP=2,52$).

Tabela 21. Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da variável Data de Lesão

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	15	4,40	1,88
Grupo 2	28	5,68	2,52
Grupo 3	14	7,00	2,77

5.2.4.2. Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

A análise entre a variável Data de Lesão e dimensão Função Física não revela resultados estatisticamente significativos $[F(2,53) = 2,811; p=0,069]$; Grupo 1 ($M=15,27$; $DP=4,85$), Grupo 2 ($M=17,58$; $DP=5,43$) e Grupo 3 ($M=20,25$; $DP=6,08$).

5.2.4.3. Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

Também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a relação entre a variável Data de Lesão e dimensão Dor Corporal [$F(2,55) = 2,189$; $p=0,122$; Grupo 1 ($M=5,13$; $DP=1,96$), Grupo 2 ($M=6,55$; $DP=2,06$) e Grupo 3 ($M=6,14$; $DP=2,44$)].

5.2.4.4. Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

No se relaciona com a variável Data de Lesão e dimensão Saúde Geral não se verificam resultados estatisticamente significativos [$F(2,55) = 1,135$; $p=0,329$; Grupo 1 ($M=12,00$; $DP=5,17$), Grupo 2 ($M=14,07$; $DP=5,17$) e Grupo 3 ($M=14,57$; $DP=4,62$)].

5.2.4.5. Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

Não se verificam resultados estatisticamente significativos entre a variável Data de Lesão e dimensão Saúde Mental [$F(2,52) = 0,899$; $p=0,413$; Grupo 1: ($M=15,46$; $DP=3,71$), Grupo 2 ($M=15,72$; $DP=2,37$) e Grupo 3 ($M=14,54$; $DP=1,94$)].

5.2.4.6. Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

No que diz respeito à relação entre a variável Data de Lesão e dimensão Desempenho Emocional [$F(2,55) = 0,190$; $p=0,828$; Grupo 1 ($M=7,00$; $DP=2,83$), Grupo 2 ($M=7,48$; $DP=2,43$) e Grupo 3 ($M=7,36$; $DP=2,13$)].

5.2.4.7. Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

Relativamente à variável Data de Lesão e dimensão Desempenho Físico não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [$F(2,55) = 1,887$; $p=0,161$; Grupo 1 ($M=9,27$; $DP=2,94$), Grupo 2 ($M=10,48$; $DP=2,73$) e Grupo 3 ($M=11,43$; $DP=3,61$)].

5.2.4.8. Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da Variável Data de Lesão

Por ultimo entre a variável Data de Lesão e dimensão Vitalidade não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [$F(2,53) = 0,737$; $p=0,483$; Grupo 1 ($M=11,00$; $DP=3,94$), Grupo 2 ($M=12,53$; $DP=4,20$) e Grupo 3 ($M=11,64$; $DP=3,59$)].

5.2.4.9 Dados descritivos entre a Dimensão Função Física em função da Variável Nivel de Lesão Neurológico

Por análise da tabela 22, há a registar que individuos com nivel de lesão neurológico Lombar (Grupo 3) apresentam um score para a dimensão Função Física mais elevado, comparativamente aos individuos com nível de lesão a nível dorsal (Grupo 2) e cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical aqueles que apresentam uma Função Física mais reduzida. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: [$F(2,54) = 19,431$; $p=0.000$].

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M= 21,80$, $DP=5,65$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=12,90$, $DP=3,64$) e Grupo 2 ($M=18,52$, $DP=3,98$).

Tabela 22. Dados descritivos entre a Dimensão Função Física da Escala SF-36 em função da variável Nivel de Lesão Neurológico

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	21	12,90	3,64
Grupo 2	21	18,52	3,98
Grupo 3	15	21,80	5,65

5.2.4.10 Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico em função da Variável Nivel de Lesão Neurológico

Por análise da tabela 23, há a registar que individuos com nivel de lesão neurológico Lombar (Grupo 3) apresentam um score para a dimensão Desempenho Físico mais elevado, comparativamente aos individuos com nível de lesão a nível dorsal (Grupo 2) e cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical aqueles que apresentam um Desempenho Físico mais reduzido. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que

o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $[F(2,56) = 4,032; p=0.023]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M= 12,47$, $DP=3,58$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=9,43$, $DP=3,25$) e Grupo 2 ($M=10,56$, $DP=2,79$).

Tabela 23. *Dados descritivos da Dimensão Desempenho Físico da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	21	9,43	3,25
Grupo 2	23	10,56	2,79
Grupo 3	15	12,47	3,58

5.2.4.11 *Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal em função da Variável Nível de Lesão Neurológico*

Por análise da tabela 24, há a registar que indivíduos com nível de lesão neurológico Dorsal (Grupo 2) apresentam um score para a dimensão Dor Corporal relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão a nível Cervical (Grupo 1) e Lombar (Grupo 3), sendo os que apresentam nível de lesão cervical (Grupo 1), aqueles que apresentam valores para a dimensão Dor mais reduzidos. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $[F(2,56) = 3,854; p=0.027]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 2 ($M= 6,69$, $DP=1,89$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=5,05$, $DP=2,33$). Contudo não se encontraram diferenças significativas entre o Grupo 2 para o Grupo 3 ($M=6,60$, $DP=2,20$).

Tabela 24. *Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	21	5,05	2,33
Grupo 2	23	6,69	1,89
Grupo 3	15	6,60	2,20

5.2.4.12 Dados descritivos entre a Dimensão Função Social em função da Variável Nível de Lesão Neurológico

Por análise da tabela 25, há a registar que indivíduos com nível de lesão neurológico Lombar (Grupo 3) apresentam um score para a dimensão Função Social relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão a nível Cervical (Grupo 1) essencialmente e Lombar (Grupo 3), sendo os que apresentam nível de lesão cervical (Grupo 1), aqueles que apresentam valores para a dimensão Função Social mais reduzidos. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $[F(2,55) = 8,101; p=0.001]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M= 6,93$, $DP=2,61$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=4,09$, $DP=2,16$). Contudo não se encontraram diferenças significativas entre o Grupo 3 para o Grupo 2 ($M=6,47$, $DP=2,33$).

Tabela 25. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	21	4,09	2,16
Grupo 2	23	6,47	2,16
Grupo 3	14	6,93	2,61

5.2.4.13 Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral em função da Variável Nível de Lesão

Neurológico

Por análise da tabela 26, há a registar que indivíduos com nível de lesão neurológico Lombar (Grupo 3) apresentam um score para a dimensão Saúde Geral relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão a nível Dorsal (Grupo 2) e Cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical (Grupo 1), aqueles que apresentam valores para a dimensão Saúde Geral mais reduzidos. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $[F(2,56) = 9,999; p=0.000]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M= 15,67$, $DP=4,72$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M=10,33$, $DP=4,00$). Contudo não se encontraram diferenças significativas entre o Grupo 3 para o Grupo 2 ($M=15,39$, $DP=4,34$).

Tabela 26. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	21	10,33	4,00
Grupo 2	23	15,39	4,34
Grupo 3	15	15,67	4,72

5.2.4.14 Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade em função da Variável Nível de Lesão Neurológico

Por análise da tabela 27, há a registar que indivíduos com nível de lesão neurológico Dorsal (Grupo 2) apresentam um score para a dimensão Vitalidade relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão a nível Dorsal (Grupo 2) e Cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical (Grupo 1), aqueles que apresentam valores para a dimensão Vitalidade mais reduzida. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: $[F(2,55) = 10,970 ; p=0.000]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 2

($M= 13,69$, $DP=2,72$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M= 9,33$, $DP=3,21$). Contudo não se encontraram diferenças significativas entre o Grupo 2 e Grupo 3 ($M=13,21$, $DP=4,13$).

Tabela 27. *Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	21	9,33	3,21
Grupo 2	23	13,69	2,72
Grupo 3	14	13,21	4,13

5.2.4.15 Dados descritivos entre a Dimensão SF-36 Total em função da Variável Nível de Lesão Neurológico

Por análise da tabela 28, há a registar que indivíduos com nível de lesão neurológico Lombar (Grupo 3) apresentam um score para a dimensão SF-36 Total mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão a nível Dorsal (Grupo 2) e Cervical (Grupo 1), sendo os que apresentam nível de lesão cervical (Grupo 1), aqueles que apresentam valores para a dimensão SF-36 Total mais reduzida. A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os três grupos: [$F(2,49) = 14,119$; $p=0.000$].

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 3 ($M= 99,91$, $DP=18,92$) foi significativamente diferente para o Grupo 1 ($M= 73,05$, $DP=16,49$) e Grupo 2 ($M=93,86$, $DP=12,04$).

Tabela 28. *Dados descritivos entre a Dimensão SF-36 Total da Escala SF-36 em função da variável Nível de Lesão Neurológico*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	20	73,05	16,49
Grupo 2	21	93,86	12,04
Grupo 3	11	99,91	18,92

5.2.4.16. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica*

Por análise da tabela 29, há a registar que indivíduos com etiologia da lesão traumática (Grupo 1) apresentam um score para a dimensão Função Social relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão não traumática (Grupo 2). A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os dois grupos: [$F(1,57) = 4,886; p=0.031$].

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 1 ($M= 5,72$, $DP=2,49$) foi relativamente diferente para o Grupo 2 ($M= 3,20$, $DP=1,64$).

Tabela 29. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social da Escala SF-36 em função da variável Etiologia da Lesão*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	54	5,72	2,49
Grupo 2	5	3,20	1,64

5.2.4.17. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica*

Por análise da tabela 30, há a registar que indivíduos com etiologia da lesão traumática (Grupo 1) apresentam um score para a dimensão Saúde Geral relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão não traumática (Grupo 2). A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os dois grupos: [$F(1,58) = 11,284; p=0.001$].

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 1 ($M= 14,14$, $DP=4,69$) foi relativamente diferente para o Grupo 2 ($M= 7,00$, $DP=2,00$).

Tabela 30. *Distribuição entre a Dimensão Saúde Geral da Escala SF-36 e Etiologia da Lesão*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	55	14,14	4,69
Grupo 2	5	7,00	2,00

5.2.4.18. Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica

Por análise da tabela 31, há a registar que indivíduos com etiologia da lesão traumática (Grupo 1) apresentam um score para a dimensão Vitalidade relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão não traumática (Grupo 2). A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os dois grupos: $[F(1,56) = 8,020; p=0.006]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 1 ($M= 12,40$, $DP=3,71$) foi relativamente diferente para o Grupo 2 ($M= 7,60$, $DP=2,07$).

Tabela 31. *Distribuição entre a Dimensão Vitalidade da Escala SF-36 e Etiologia da Lesão*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	53	12,40	3,71
Grupo 2	5	7,60	2,07

5.2.4.19. Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica

Por análise da tabela 32, há a registar que indivíduos com etiologia da lesão traumática (Grupo 1) apresentam um score para a dimensão Dor Corporal relativamente mais elevado, comparativamente aos indivíduos com nível de lesão não traumática (Grupo 2). A nível estatístico, os resultados apresentam-se estatisticamente significativos uma vez que o valor de $p < 0.05$ para os dois grupos: $[F(1,58) = 5,996; p=0.017]$.

As comparações de Post-hoc com o teste de Bonferroni indicam que a diferença média do Grupo 1

($M=6,33$, $DP=2,05$) foi reativamente diferente para o Grupo 2 ($M=4,00$, $DP=1,87$).

Tabela 32. *Distribuição entre a Dimensão Dor Corporal da Escala SF-36 e Etiologia da Lesão*

Dimensões	N	M	DP
Grupo 1	55	6,33	2,05
Grupo 2	5	4,00	1,87

5.2.4.20. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica*

A análise entre a dimensão Saúde Mental e a variável Causa da Lesão não revela resultados estatisticamente significativos [$F(1,55) = 1,283$; $p=0,262$; Grupo 1 ($M=15,05$; $DP=2,59$) e Grupo 2 ($M=14,00$; $DP=2,16$)].

5.2.4.21 *Dados descritivos entre a Dimensão Função Física em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica*

Entre a variável Causa da Lesão e dimensão Função Física não se verificam resultados significativos estatisticamente [$F(1,56) = 0,044$; $p=0,835$; Grupo 1 ($M=17,35$; $DP=5,40$) e Grupo 2 ($M=16,75$; $DP=7,80$)].

5.2.4.22. *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica*

Entre a variável Causa da Lesão e dimensão Desempenho Emocional não se verificam resultados significativos estatisticamente [$F(1,58) = 0,010$; $p=0,922$; Grupo 1 ($M=7,31$; $DP=2,39$) e Grupo 2: ($M=7,20$; $DP=2,28$)].

5.2.4.23. *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico em função da Variável Etiologia da Lesão Neurológica*

Na relação entre a variável Etiologia da lesão e dimensão e Desempenho Físico não se detectaram igualmente resultados estatisticamente significativos [$F(1,58) = 1,861$; $p=0,178$; Grupo 1 ($M=10,47$; $DP=3,00$) e Grupo 2 ($M=8,60$; $DP=1,95$)].

5.2.4.24. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Física em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

A análise entre a variável Tipo de Lesão e dimensão Função Física não revelam resultados estatisticamente significativos [F (1,53) = 1,901; $p=0,174$; Grupo 1 (M=17,21 ; DP=5,89) e Grupo 2 (M=15,89; DP=3,29)].

5.2.4.25. *Dados descritivos entre a Dimensão Dor Corporal em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

No que diz respeito à relação entre a variável Tipo de lesão e dimensão Dor Corporal não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [F (1,55) = 0,021; $p= 0,886$; Grupo 1 (M=6,25; DP=2,31) e Grupo 2 (M=6,33; DP=2,17)].

5.2.4.26. *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Emocional em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

Entre a variável Tipo de Lesão e dimensão Desempenho Emocional não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [F (1,56) = 0,329; $p=0,569$; Grupo 1 (M=7,50 ;DP=2,40) e Grupo 2 (M=7,11; DP=2,37)].

5.2.4.27. *Dados descritivos entre a Dimensão Desempenho Físico em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

Entre a variável Tipo de Lesão e dimensão Desempenho Físico não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [F (1,56) =0,320; $p=0,574$; Grupo 1 (M=10,32 ;DP=3,19) e Grupo 2 (M=10,83; DP=3,11)].

5.2.4.28. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Mental em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

Não se revelam igualmente resultados significativos estatisticamente no que diz respeito à análise entre a variável Tipo de Lesão e dimensão Saúde Mental [F (1,53) =1,901; $p=0,174$; Grupo 1 (M=15,80;DP=2,61) e Grupo 2 (M=14,75; DP=2,41)].

5.2.4.29. *Dados descritivos entre a Dimensão Saúde Geral em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

Relativamente à relação entre a variável Tipo de Lesão e dimensão Saúde Geral não se verificam igualmente resultados estatisticamente significativos [F (2,58) =0,022; $p= 0,0971$; Grupo 1 (M=13,17 ;DP=2,91) e Grupo 2 (M=11,50; DP=2,61)].

5.2.4.30. *Dados descritivos entre a Dimensão Vitalidade em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

No que diz respeito à variável Tipo de Lesão e dimensão Vitalidade não se revelam igualmente resultados significativos estatisticamente [F (1,54) =0,515; $p=0,476$; Grupo 1 (M=12,27 ;DP=3,81) e Grupo 2 (M=11,50; DP=3,20)].

5.2.4.31. *Dados descritivos entre a Dimensão Função Social em função da Variável Tipo de Lesão Neurológica*

Na análise entre a variável Tipo de Lesão e dimensão Função Social não se revelam igualmente resultados significativos estatisticamente [F (1,55) =0,021; $p=0,886$; Grupo 1 (M=5,72 ;DP=2,64) e Grupo 2 (M=5,61; DP=2,50)].

5.3. Análise das relações entre as variáveis dependentes em estudo

No sentido de analisar as relações entre as variáveis dependentes em estudo, independência funcional e qualidade de vida e respetivas dimensões, conduziu-se uma análise das correlações de *Pearson*. Encontram-se várias correlações significativas entre as variáveis em estudo, podendo ser observadas no quadro 1.

Quadro 1. *Correlações entre as variáveis Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Saúde Mental, Dor, Saúde geral, Vitalidade, Função Social, SF-36 Total, MIF Física, MIF Sócio-cognitiva e Total*

		Função Física	Desemp. Físico	Desemp. Emo.	Saúde Mental	Dor	Saúde geral	Vitalidade	Função Social	SF-36 Total	MIF Física	MIF Sócio-cog.	MIF Total
Função Física	R. Pearson	1	,302*	,172	,107	,260*	,385**	,445**	,496**	,654**	,696**	,543**	,691**
	Sig.		,018	,184	,422	,043	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	61	61	61	58	61	61	60	60	60	60	60	60
Desempenho Físico	R. Pearson		1	,444**	,029	,516**	,513**	,481**	,559**	,663**	,399**	,404**	,418**
	Sig.			,000	,825	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,001	,001
	N		63	63	60	63	63	61	62	55	62	62	62
Desempenho Emocional	R. Pearson			1	,125	,272	,338**	,345**	,329**	,459**	,196	,210	,208
	Sig.				,340	,031	,007	,006	,009	,000	,127	,101	,104
	N			63	60	63	63	61	62	55	62	62	62
Saúde Mental	R. Pearson				1	,304*	,338**	,432**	,420**	,385**	,146	-,202	,070
	Sig.					,018	,008	,001	,001	,004	,271	,125	,596
	N				60	60	60	58	59	55	62	59	59
Dor	R. Pearson					1	,660**	,654**	,637**	,691**	,467**	,463**	,487**
	Sig.						,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N					63	63	61	62	55	62	62	62

Saúde Geral	R. Pearson Sig. N						1 63	,838** ,000 61	,736** ,000 62	,853** ,000 55	,556** ,000 62	,454** ,000 62	557** ,000 60
Vitalidade	R. Pearson Sig. N							1 61	,684** ,000 60	,867** ,000 55	,594** ,000 60	,421** ,001 60	,580** ,000 60
Função Social	R. Pearson Sig. N								1 62	,858** ,000 55	,598** ,000 62	,437** ,000 62	,587** ,000 60
SF-36 Total	R. Pearson Sig. N									1 55	,714** ,000 55	,560** ,000 55	,710** ,000 55
MIF Física	R. Pearson Sig. N										1 62	,762** ,000 62	988** ,000 62
MIF Sócio- cognitiva	R. Pearson Sig. N											1 62	,851** ,000 62
MIFTotal	R. Pearson Sig. N												1 62

* $p \leq ,05$

** $p \leq ,01$

A classificação das correlações consoante a sua força seguiu os critérios de Cohen (1988), em que valores entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados fracos; valores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios; e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como fortes. Os resultados obtidos permitem verificar a existência de uma correlação positiva forte entre a qualidade de vida e a independência funcional ($r=.71$).

No que diz respeito às correlações entre as dimensões da independência funcional e da qualidade de vida é possível verificar que as dimensões físicas e sócio- cognitiva da independência funcional apresentam correlações significativas com todas as dimensões da qualidade de vida, à excepção das dimensões desempenho emocional ($r=.20$, $p>.05$ para dimensão física; $r=.21$, $p>.05$ para dimensão sóciocognitiva) e saúde mental ($r=.15$, $p>.05$ para dimensão física; $r=.20$, $p>.05$ para dimensão sóciocognitiva).

Denota-se ainda uma correlação positiva forte entre a função social com a dimensão física da independência funcional e sócio-cognitiva ($r=.60$, $p<.01$ para a dimensão física ; $r=.44$, $p<.01$ para dimensão sócio-cognitiva), bem como todas as restantes dimensões da qualidade de vida.

Verifica-se ainda uma correlação positiva forte entre a vitalidade e a função social ($r=.68$, $p<.01$). Esta revela igualmente correlações positivas fortes com todas as dimensões de qualidade de vida e dimensões física e sócio-cognitiva da independência funcional ($r=.59$, $p<.01$ para a dimensão física; $r=.42$, $p<.01$ para a dimensão sócio-cognitiva).

O mesmo se verifica entre a dimensão saúde geral e todas as dimensões de qualidade de vida e dimensões física e sócio-cognitiva da independência funcional ($r=.56$, $p<.01$ para a dimensão física; $r=.45$, $p<.01$ para a dimensão sócio-cognitiva).

Apresentam-se ainda correlações positivas fortes entre a dor e saúde geral ($r=.66$, $p<.01$); vitalidade ($r=.65$, $p<.01$) e função social ($r=.63$, $p<.01$), correlação diferente no sentido em que quanto menor a dor, maior a função social e vitalidade da escala de qualidade de vida. Este revela igualmente uma correlação positiva forte com a dimensão física da escala de independência funcional, revela ser uma correlação contrária inversa no sentido em que quanto menor a dor revelada pelos participantes maior a sua score da dimensão física na escala de independência funcional.

Verifica-se uma correlação média entre a dimensão dor e desempenho emocional ($r=.27$, $p<.05$) e saúde mental ($r=.30$, $p<.05$)

Denotam-se correlações positiva média entre a saúde mental e saúde geral ($r=.33$, $p<.01$) e uma correlação positiva forte com a vitalidade ($r=.65$, $p<.01$) e função social ($r=.64$, $p<.01$) à excepção das dimensões função física ($r=.11$, $p>.05$), desempenho físico ($r=.03$, $p>.05$) e desempenho emocional ($r=.12$, $p>.05$).

Não se verificam correlações significativas entre esta dimensão e dimensões física e sócio-cognitiva da independência funcional ($r=.15$, $p>.05$ para a dimensão física, $r=-.20$, $p>.05$ para a dimensão sócio-cognitiva). Verifica-se uma correlação média entre a saúde mental e a dimensão dor ($r=.30$, $p<.05$).

Verificam-se correlações positivas fortes entre a dimensão desempenho emocional e qualidade de vida à excepção da função física ($r=.17$, $p>.05$), saúde mental ($r=.12$, $p>.05$) e independência funcional ($r=.20$, $p>.05$ para a dimensão física, $r=.21$, $p>.05$ para a dimensão sócio-cognitiva). Verifica-se uma correlação fraca com a dimensão dor ($r=.27$, $p<.05$).

Revelam-se correlações igualmente positivas fortes entre a dimensão desempenho físico e todas as dimensões da qualidade de vida à excepção da saúde mental ($r=.03$, $p>.05$) e independência funcional. Verifica-se uma correlação média com a dimensão função física ($r=.30$, $p>.01$).

Por último temos verifica-se uma correlação positiva forte entre a função física e saúde geral ($r=.49$, $p<.01$); vitalidade ($r=.44$, $p<.01$); função social ($r=.50$, $p<.01$) e todas as dimensões da independência funcional ($r=.67$, $p<.01$ para a dimensão física, $r=.54$, $p<.01$ para a dimensão sócio-cognitiva). Detectam-se correlações fracas com a dimensão desempenho emocional ($r=.30$, $p<.05$) e dor ($r=.26$, $p<.05$).

Não se verificam correlações significativas com a dimensão desempenho emocional ($r=.17$, $p>.05$) e dimensão saúde mental ($r=.11$, $p>.05$).

6. Discussão de Resultados

O presente capítulo discute os resultados obtidos nesta investigação, relacionando-os com a revisão de literatura efectuada. Destacam-se considerações sobre a aplicabilidade dos resultados à prática da reabilitação, especialmente, na abordagem clínica direccionada a pessoas com diagnóstico de lesão medular. A discussão é apresentada de acordo com a mesma estrutura do capítulo anterior, articulando-se os resultados à literatura afim.

Constatou-se que a maioria dos participantes pertence a uma camada maioritariamente feminina em 54% e relativamente jovem, respetivamente entre os 31 e os 50 anos de idade (41,3%) e sofreu a lesão medular por acidentes maioritariamente de viação (42,9%). Verificaram-se consistências com outros resultados de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e outros países, entre os quais o Brasil, todos realizados com populações de indivíduos com diagnóstico de lesão medular (Cripps & cols., 2011; Lianza & cols., 2001).

Em relação ao impacto das variáveis sócio-demográficas na qualidade de vida, nomeadamente nas suas múltiplas dimensões, na presente amostra a variável idade revela ter influência na dimensão vitalidade da escala de qualidade de vida. Indivíduos com idades entre os 31 e 50 anos de idade apresentam maiores índices de vitalidade. Este domínio relaciona-se com os aspetos físicos bem como os emocionais, no sentido em que a saúde física e emocional interferem de maneira semelhante na disposição do indivíduo em realizar as suas atividades (Blanes et al, 2009).

No que diz respeito à amostra esta não revela distribuição simétrica entre as subcategorias de escolaridade: ensino primário (14,3%), ensino básico (22,2%), ensino secundário (25,4%) e ensino superior académico (38,1%), contudo revela-se influente na dimensão desempenho emocional, da escala de qualidade de vida. Indivíduos com nível de escolaridade secundário revelam um desempenho emocional mais elevado. Martins (2008) encontrou num estudo com indivíduos paraplégicos com níveis de escolaridade média superior, que revelavam ser pessoas que apresentavam níveis de QOL relativamente maiores este defende não só que se deve ao nível superior de informação e conhecimento adquirido acerca da doença, como também de soluções para a ultrapassar, respetivamente.

No que se relaciona com a variável Profissão, esta revela uma relação bastante favorável com o desempenho físico da escala de qualidade de vida. Segundo diversos estudos divulgados pelo Centro

Regional de Informação das Nações Unidas, as pessoas com deficiência têm uma taxa mais alta de conservação do emprego, o que reduz o elevado custo de renovação de efetivos. Outros estudos em população dos EUA revelam que, ao fim de um ano de trabalho, as taxas de conservação do emprego das pessoas com deficiência é de 85%. O censo de 1990 revelou que a percentagem de pessoas com deficiência que trabalham como independentes ou têm experiência de gestão de uma pequena empresa (12,2%) é superior à das pessoas sem deficiência na mesma situação (7,8%) (Centro Regional de Informação das Nações Unidas. (2016). Disponível em: <https://www.unric.org/pt/pessoas-com-deficiencia/5459>).

Relativamente ao estado civil, a maior parte dos sujeitos encontra-se na situação conjugal de solteiro (42,9%) e divorciados ou separados e viúvos (28,6%) o que parece evidenciar uma dificuldade para manter um relacionamento. (Agerbo, Byrne & Eaton, 2004).

No que diz respeito às variáveis clínicas verifica-se uma relação significativa entre a data de lesão e a dimensão função social, respetivamente indivíduos que tenham sofrido de LVM há mais de 20 anos atrás revelam um nível de função social mais elevado que indivíduos que sofreram de LVM nos anos subsequentes.

Estudos revelam evidência no que diz respeito ao tempo da lesão assumindo que este facilita a adaptação à condição (Woodrich & Patterson, 1983). Parece existir uma adaptação, relativamente às relações sociais dos indivíduos à incapacidade.

A data de lesão influencia, segundo alguns autores que este tipo de acontecimentos traumáticos, levando aos indivíduos, apesar de dimensões distintas e independentes, resultados negativos, respectivamente o depararem-se com um caminho a seguir que se traduz numa adaptação continua ao longo de toda a vida, bem como aspectos positivos onde se enquadra o crescimento pessoal. (Ruiz & Díaz, 2003)

Chun e Lee (2008) destacam três grandes temas associados ao crescimento pós-traumático: envolvimento significativo em atividades, experiência de relacionamentos familiares significativos e valorização da vida. Os resultados positivos que parecem advir do crescimento traumático são essencialmente a aproximação da família e amigos, um sentido mais claro das suas próprias forças, resultados esses que necessitam de uma forte adaptação gradual. Também num estudo de Krause e Sternberg (1997) se encontrou uma correlação positiva com a adaptação, parecendo ser um processo de aprendizagem gradual.

Quando falamos na adaptação do indivíduo à sua nova condição devemos ter em conta a severidade e tipo de lesão pois como constata Martz e Cook (2001 como citado em deRoos-Cassini et al., 2009), sendo que não é só o evento traumático que leva a mal-estar e a *stress* pós-traumático, tendo também a deficiência física resultante do evento um forte impacto na adaptação.

Dessa forma, no que concerne ao nível de lesão encontram-se fortes relações no que diz respeito às dimensões de qualidade de vida. Indivíduos com lesão a nível lombar revelam um score maior de qualidade de vida comparativamente a indivíduos com nível de lesão dorsal e cervical, no sentido em que revelam maiores níveis de vitalidade, saúde geral, função social, função física e desempenho físico.

Já no que diz respeito à dimensão dor corporal esta revela evidência em indivíduos com nível de lesão dorsal. Contudo, neste caso a dimensão dor corporal revela um efeito contrário no sentido em que indivíduos com lesão a nível dorsal predominantemente demonstram revelar menos dor comparativamente a indivíduos com lesão lombar seguido de cervical, sendo os últimos os que revelam um score de dor corporal mais elevado. Ainda relativamente a indivíduos com nível de lesão cervical, estes apresentam índices do total da escala de qualidade de vida mais reduzidos.

Estas diferenças não foram encontradas noutros estudos (Buunk et al., 2006; Woodrich et al., 2006), no entanto, estando mais comprometidos a nível físico, os tetraplégicos são menos ativos e independentes, pelo que podem estar mais propensos a estados depressivos.

Do mesmo modo é expectável que o quadro clínico de indivíduos com lesão a nível dorsal proporcione maior interesse e objetivos nas vidas dos participantes, bem como um menor sentido de incapacidade quando comparado com quadros clínicos de indivíduos com lesão ao nível cervical, em que há menor capacidade para a concretização de alguns objetivos e desenvolvimento das suas potencialidades. Revela-se igualmente uma relação significativa entre a variável nível de lesão e dimensão total da escala de qualidade de vida. O nível da lesão demonstrou ser assim um fator que influencia adaptação,

ao contrário do que demonstra Dijkers (1997).

Ainda no que diz respeito à qualidade de vida, revela-se uma relação significativa entre esta e a etiologia da lesão. Indivíduos com causas do foro traumático demonstram mais vitalidade, saúde geral, função social e menos dor corporal. As lesões de natureza traumática demonstram maior aceitação, conformismo e serenidade e as não traumáticas uma menor aceitação e maior inevitabilidade de futuro negativo. Estas pequenas diferenças podem ser atribuídas à aceitação, conformismo e serenidade mais presente nas lesões traumáticas como defendem Ruiz e Díaz (2003). Pelo contrário, Migliorini e col. (2011), concluem que são poucas as diferenças na QOL em relação à etiologia.

Por ultimo, deteta-se uma relação significativa igualmente entre a dimensão física da independência funcional e o nível de lesão, sendo que indivíduos com nível de lesão dorsal são os que revelam maior independência funcional. A extensão e a localização da lesão, são fatores de extrema importância. Quanto mais extensa for a lesão, pior a reabilitação e por sua vez o prognóstico (Haynes e Pindzolla, 1998). Chapey (2008) afirma que quanto maior for o tamanho da lesão, mais capacidades se encontrarão afetadas, logo pior será o prognóstico. No que diz respeito à gravidade da lesão, este é provavelmente um dos fatores de maior peso no prognóstico.

A severidade inicial da perturbação, torna-se um dos fatores preditivos mais importantes (Haynes e Pindzolla, 1998), pois quanto maior for a disfunção no momento da avaliação inicial, pior o prognóstico. Dworkin (1991) considera que a severidade da perturbação a nível de cada subsistema e a etiologia subjacente têm impacto no prognóstico da melhoria. Sabe-se que quanto maior for o comprometimento motor e cognitivo, pior será a sua recuperação (Castro, A., 1993).

No que se relaciona com a variável idade e variável etiologia da lesão estas não revelarem qualquer relação com a IF. Aquilo que importa ter em conta quando se fala de idade como fator de prognóstico é a relação que esta apresenta com a etiologia, bem como as comorbilidades associadas à idade. Deste modo, poder-se-á seguir uma linha de raciocínio onde os indivíduos mais idosos têm associadas algumas comorbilidades, sendo estes fatores prejudiciais à independência, enquanto indivíduos mais jovens apresentam uma resistência e um suporte social maior, fatores esses considerados positivos (Dworking 1991; Chapey, 2008 e McCaffrey, 2010).

O género não revelou relação com a escala SF-36 bem como com a de IF, contudo verifica-se uma maior incidência de lesões em pessoas do género masculino do que no feminino e em jovens adultos em comparação com as outras faixas etárias (Cardoso, 2003). Num estudo com pessoas com LVM no início do processo de reabilitação, a satisfação com a vida (constructo associado à felicidade) estava associada ao género feminino, bem como à idade (sendo os mais novos com maior satisfação), ao tipo de lesão (maior nos paraplégicos), ao maior suporte social, à independência funcional e menor dor, sendo esses dois últimos preditores da satisfação (Van Leeuwen et al., 2011)

No que diz respeito ao grau de escolaridade este não revelou igualmente relações com as dimensões da IF. No entanto urge resaltar a realização de vários estudos a fim de se concluir se existe uma relação entre a escolaridade do indivíduo e a sua recuperação. Comparando a evolução de um grupo de ileterados e outro de indivíduos com escolaridade, os autores verificaram que a evolução era sobreponível ao fim de seis meses, concluindo assim que a escolaridade não pode ser considerada fator de bom ou mau prognóstico (Castro, A., 1993).

Relativamente ao estado civil este não traduz evidência igualmente para com as dimensões da escala de IF, no entanto este aspecto revela-se importante, no sentido em que, conforme referido por Peña-Casanova & Pamies (2005) e McCaffrey (2010), pacientes que recebem algum apoio de membros família e/ou amigos têm um prognóstico mais favorável do que os que não têm esse apoio e que uma família que providencia suporte afectivo e emocional e oferece uma estimulação apropriada, permite que o indivíduo possa desempenhar novamente o seu papel no seio familiar.

No que diz respeito às variáveis clínicas, à excepção da variável nível de lesão, tanto a etiologia, como o tipo e a data de lesão medular não revelam relação com a IF. Contudo, para Haynes e Pindzola (1998), alguns dos fatores que influenciam o prognóstico são precisamente a etiologia, o tipo de lesão, o tempo de evolução ou data de lesão, bem como outros.

Por último, em relação ao último objetivo que pretendia perceber em que medida a Qualidade de vida e a Independência Funcional, e respetivas dimensões, se encontravam relacionadas entre si em indivíduos com LVM, constatou-se a existência de correlações positivas fortes entre a Escala SF-36 e respetivas dimensões da Escala MIF, o que nos leva a assumir que a independência funcional e qualidade de vida se encontram associadas sendo que a uma maior independência funcional se associa uma melhor qualidade de vida e/ou vice-versa. Não se verificaram no entanto correlações significativas entre a dimensão função física da Escala SF-36 e dimensão desempenho emocional bem

como a saúde mental. Não se denotaram igualmente correlações significativas entre a dimensão desempenho físico e saúde mental bem como entre a dimensão desempenho emocional, saúde mental, dor corporal e as dimensões física e sóciocognitiva da Escala MIF. No que se relaciona com a dimensão saúde mental esta não revela correlações significativas entre ambas as dimensões da Escala MIF e MIF Total.

Esta situação reforça a importância da manutenção da independência funcional nos casos de LVM como aspecto promotor de qualidade de vida.

7. Conclusão

Neste capítulo, segue-se uma reflexão acerca de toda a investigação, apresentando um compêndio das principais conclusões, limitações e sugestões para as próximas investigações nesta área e na prática da Fisioterapia.

Este estudo pretendeu essencialmente caracterizar a qualidade de vida e independência funcional de pessoas com LVM, salientando a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas na adaptação à condição.

Concluiu-se que o nível de lesão e a causa da lesão são as variáveis que apresentam uma forte relação, tanto física como mental. Não obstante, de todas as variáveis em estudo, o tipo de lesão é a única que não apresenta associação com a QoL ou IF. Em termos de variáveis sócio-demográficas, o estado civil e o género não revelam igualmente associações com a QOL nem com a IF, bem como com as suas respetivas dimensões.

Os resultados obtidos com este estudo vêm reforçar a recente visão de que apesar dos indivíduos experienciarem um evento traumático e aspetos negativos após a lesão medular, há diferentes níveis de percepção de QoL e IF e que estas variam em função de algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas. Contudo, são ainda poucos os estudos e as investigações realizadas em Portugal que se dedicaram à análise da relação entre estas variáveis e a sua relação com a qualidade de vida e independência funcional.

Considera-se que uma das grandes limitações do estudo se prende com o tamanho da amostra, bem como a não representatividade da mesma. Torna-se importante enfatizar as características da amostra, uma vez que os participantes apresentam na sua maioria um nível de lesão de paraplegia (nível considerado favorável a nível físico dos indivíduos que sofrem LVM). Pelo que seria importante ter a amostra mais equilibrada no que diz respeito às características da LVM, uma vez que potencialmente possibilitaria a verificação de associações significativas não encontradas no estudo devido à subrepresentatividade de alguns grupos.

Outra limitação tem que ver com a escassez de dados relativamente a amostras de LVM. Apesar das crescentes evidências empíricas que têm surgido há ainda um longo caminho a ser percorrido.

Face ao mencionado acima, urge salientar algumas recomendações para os próximos estudos. Seria assim fulcral a inclusão de estudos que regessem amostras maiores, para que se conseguisse retirar conclusões mais fidedignas acerca das variáveis aqui estudadas.

Um dos diversos tópicos que se poderiam abranger seria a ocupação profissional ou atividades que as pessoas realizam no seu quotidiano, uma vez que um nível de atividade ou o facto de terem objetivos/um propósito no seu dia-a-dia poderia dar indicações sobre a sua adaptação. Para além disso, as lesões atingem normalmente indivíduos jovens numa fase activa da vida e as dificuldades a nível profissional (nomeadamente, a falta de empregabilidade) que é evidenciada como um dos aspetos importantes que advieram com a LVM, pelo que a mesma afeta bastante a população em causa, pelo que seria interessante o estudo das diversas ocupações profissionais dos diversos indivíduos que se deparam diariamente com esta problemática.

Seria também interessante explorar algumas características da personalidade que podem estar ligadas a melhor ou pior adaptação, como por exemplo a resiliência, enquanto capacidade para a superação de crises em situações adversas seria um importante constructo a estudar. Também a autoestima, autoconceito e autoeficácia seriam variáveis interessantes a incluir num futuro estudo, uma vez que se provavelmente estão diminuídas pelo facto da pessoa com LVM poder ser dependente de outros nas suas atividades diárias (Gill, 1999).

Outra futura proposta interessante a considerar seria a realização de um estudo qualitativo como complemento aos estudos quantitativos, dado que permitem o acesso a variáveis e processos determinantes neste contexto e que muitas vezes são muito difíceis de aceder apenas através da recolha de dados quantitativos.

Seria igualmente interessante a realização de um acompanhamento longitudinal de indivíduos com lesão medular em Portugal. Considerando-se também os obstáculos à inserção social – em decorrência de barreiras físico-ambientais e sociais – sugere-se que outros estudos investiguem, com maior nível discriminativo e detalhado, as diversas barreiras físicas que restringem a acessibilidade e que diariamente limitam as perspectivas de reintegração social de indivíduos com esta problemática.

Espera-se que com este trabalho inspire para aqueles que o leem e que se deparam diariamente com esta problemática, que se desperte, de alguma forma, a curiosidade e a motivação bem como a dedicação para novos e futuros estudos.

8. Referências Bibliográficas

- Agerbo, E., Byrne, G., Eaton, W., & Mortensen, P.B. (2004). Marital and labor market status in the long run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 28-33.
- Albrecht, G. & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.
- Amaral, M. (2009). Encontrar um novo sentido de vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 573-580.
- Andrade, M. & Gonçalves, S. (2007). *Lesão Medular Traumática: Recuperação Neurológica e Funcional*. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 401-406.
- Bampi, L. (2007). *Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática: Uma forma de estudar a experiência da deficiência* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.
- Benvegna, A. B. et al. (2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência e Saúde*, Porto Alegre.
- Blanes L, Lourenço L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Clinical and socio- demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2009a; 67(28): 388-90.
- Bruzoni, A., Silva, A., Gonçalves, L. & Veronezi, R. (2011). Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. *Revista Neurociências*, 19(1), 139-144.
- Buunk, A., Zurriaga, R. & González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology and Health*, 21 (6), 791- 8007.
- Cardoso, J. (2003). *Sexualidade Masculina Pós-Lesão Vertebro-Medular (Dissertação de Doutoramento)*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Castro, A. & Bravo, P. (1993). *Paraplegia. Outra forma de vida*. Madrid: Promociones y Ediciones Sanro.

Centro Regional de Informação das Nações Unidas. (2016). Disponível em: <https://www.unric.org/pt/pessoas-com-deficiencia/5459>

Chapey, R. (2008). *Language Intervention: Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (5ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Cripps, R. A., Lee, B. B., Wing, P., Weerts, E., Mackay, J., & Brown, D. (2011). A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*, 49, 493-501.

Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35, 829-840.

Dworkin, J. P.(1991).*Motor speech disorders: a Treatment Guide*. St. Louis, MO: Mosby (Chapter 7: The Treatment of Prosody, pp. 303-343)

Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – a perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XII, No 1, (Supl 1), Fevereiro, pp. 45-53.

Fougeyrollas, P. (1994). *Le processus de production culturelle du handicap. Contextes socio-historiques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Lac St. Charles, Québec, Canada: Société Canadienne de la ICIDIH.

Forchheimer, M. & Whiteneck, G., Meade, M. A., Dijkers, M., Tate, D. G., Bushnik, T., (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11),

Frank R., Elliott T. (1987). *Rehabilitation psychology: Hope for a psychology of chronic conditions* In: Frank RG, Elliott T, editors. *Handbook of Rehabilitation Psychology*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press; pp. 3–8.

Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielesny M, Sherwin, FS.(1986). *Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Top Geriatr Rehabil*; 1:59-74.

Gill, M. (1999). Psychosocial Implications of Spinal Cord Injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22, 1-7.

GSEAR, SNR, & IPD. (2006). *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade - 2006/2009*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Haynes, W. & Pindzola, R. (1998). *Diagnosis and evaluation in speech pathology*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon

Kannisto, V. e Cols (1996). 1996. The Advancing Frontier of Survival. Monographs on Population Aging, 3. Odense: Odense University Press.

Keith, R.; Granger, C.; Hamilton, B.; Sherwin & F. (1984). Functional Independence Measure – FIM. Uniform Data System for Medical Rehabilitation. State University of New York: Buffalo

Krause, J. & Sternberg, M. (1997). Aging and Adjustment After Spinal Cord Injury: The Roles of Chronologic Age, Time Since Injury, and Environmental Change. *Rehabilitation Psychologist*, 42(4), 287-302.

Lebre, P. (2008). Qualidade e Promoção da Saúde de Pessoas com Deficiência – *Estudo dos Determinantes e Relações da Qualidade de Vida e Saúde de Jovens com Deficiência numa Amostra Nacional e em Almada*. Dissertação apresentação à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de Motricidade Humana na Especialidade de Educação Especial e Reabilitação, Universidade Técnica de Lisboa, Cruz- Quebrada.

Lianza, Sérgio et al. (2001). *A lesão medular em Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p: 299-322.

Lindemann, J. (1981). *Spinal cord injury. Psychological and behavioral aspects of physical disability. A manual for health practitioners* (pp. 217- 241). New York: Plenum Press.

Lindsey, L.; Klebine, P. & Wells, M. (2000). *Understanding spinal cord injury and functional goals*. Spinal Cord Injury Infosheet, Birmingham, Alabama: Office of Research Services, University of Alabama. Acedido em www.flspinalcord.us/upload_documents/Understanding-SCI-2.pdf. Acedido a 12.10.2015.

Lopes, E. (2007). *Construção da Identidade Pessoal em Pessoas que Sofreram Lesão Medular Traumática. Estudo Exploratório Através de Grelhas de Repertório* (Tese de Mestrado). Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Portugal.

Migliorini, C. & Tongue, B. (2009). Reflecting on Subjective Well-Being and Spinal Cord Injury.

Journal of Rehabilitation Medicine, 41, 445-450.

Murta, S. & Guimarães, S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 57-63.

OMS. (2004). CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.

Ruiz, M. & Díaz, A. (2003). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular*. Madrid: IMSERSO.

Schmitz, T. (1988). *Traumatic spinal cord injury. Physical rehabilitation: Assessment and treatment* (pp. 545-588). Philadelphia: Davis Company.

Stevens, S., Caputo, J., Fuller, D. & Morgan, D. (2008). Physical Activity and Quality of Life in Adults With Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31, 373-378.

Turner, L.; Nyein K.; Halliwell, D.(1999). The Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 253-267.

Unalan H, Gençosmanoglu B, Akgün K, Karamehmetoglu S, Tuna H, Ones K, Rahimpenah A, Uzun E, Tüzün F. (2001). Quality of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with SF- 36. *Spinal Cord*; 31:18-22.

Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the center for Functional Assessment Research. (1990). Research foundation - State University of New York at Buffalo, versão 3.0, traduzido para Português por Jorge Laíns.

Vall, J.; Braga, A. & Almeida, P. (2006). Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuropsiquiatr.*, 64; 451-455.

Van Leeuwen, C., Post, M., Hoekstra, T., van der Woude, L., Groot, S., Snoek, G., Mulder, D. & Lindeman, E. (2011). Trajectories in the Course of Life Satisfaction After Spinal Cord Injury:

Identification and Predictors. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92, 207-213.

WHO. (1999). ICDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Short Version. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2004). World health report 2004: changing history. Geneva, World Health Organization.

Woodrich, F. & Patterson, J. (1983). Variables Related to Acceptance of Disability in Persons with Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation*, 49, 26-30.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Este documento tem como principal objectivo esclarecê-lo(a) acerca da investigação para o qual foi solicitado colaborar. Peço-lhe que leia com atenção, assegurando-se que compreende detalhadamente todo o seu conteúdo. Se pretender obter mais algum detalhe omissos neste texto ou informação acerca do que vem mencionado, por favor não hesite em o fazer através dos contactos fornecidos abaixo.

ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DOCUMENTO INFORMATIVO

TÍTULO DA INVESTIGAÇÃO

“Caracterização de casos de lesão medular e a sua relação com independência funcional e qualidade de vida”

INFORMAÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Objectivos da Investigação

Este trabalho tem como objectivo:

- Estudar as dimensões mais relevantes na qualidade de vida de sujeitos com lesão medular tendo em conta a sua própria perspectiva.
- Estudar e caracterizar a amostra de indivíduos com lesão medular relacionados com a Associação Salvador e Vida Independente, relativamente às variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, tempo de lesão, etiologia da lesão, nível funcional, extensão e nível neurológico)
- Analisar as suas relações com a independência funcional
- Analisar as suas relações com a sua qualidade de vida.

Procedimentos

A recolha dos dados irá ser realizada através dos instrumentos mais adequados, onde os questionários necessários para esta investigação serão preenchidos individualmente, assistidos pelo investigador. Caso o preenchimento se efectue via online, deverá preencher o questionário através do *link* enviado pela investigadora e apenas finalizar, este será automaticamente enviado para a caixa de e-mail da investigadora.

Condições de Participação

Como já lhe foi referido a sua participação neste estudo é completamente voluntária. No início é-lhe solicitado que assine um formulário de consentimento informado onde declara conhecer os objectivos e condições de realização desta investigação. Será entregue uma cópia assinada desse formulário. Ainda que já tenha assinado o formulário de consentimento informado, pode desistir a qualquer momento, sem que tenha que dar qualquer explicação para a sua decisão. Nenhuma consequência decorrerá desse facto.

Critérios de Participação

Este trabalho centra-se na investigação de pessoas com lesão medular há mais de 1 ano, de ambos os géneros, com a idade compreendida entre 18 e 90 anos, da Associação Salvador e Vida Independente.

Confidencialidade

Toda a informação que forneça será tratada de forma sigilosa, sendo que apenas a investigadora será a responsável pela sua orientação e podem ter acesso à mesma. Em caso algum a vossa identificação será revelada, nem tão pouco alguma característica que vos possa ser associada, sendo que a ser necessário fazer-se referência, far-se-á, utilizando nomes fictícios.

Contactos

Para que possam obter qualquer esclarecimento adicional a este documento poderão contactar a investigadora:

Marta Isabel Lobato

Mestranda da Faculdade de Motricidade Humana

915348146

martaisabel.lobato@gmail.com

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação no âmbito do Mestrado em Ciências da Fisioterapia

Marta Isabel Lobato, Fisioterapeuta

De acordo com os princípios orientadores da Declaração de Helsínquia (2000), serve o presente formulário para atestar que os participantes na investigação conducente à Tese de Mestrado de Marta Isabel Lobato, com o título “Caracterização de casos de lesão medular e a sua relação com a independência funcional e qualidade de vida”, conhecem os objectivos e condições de realização da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração.

_____, declara que esta investigação lhe foi explicada, quer através de documento escrito, quer por esclarecimentos directos com a investigadora, mais afirma que tem conhecimento que a sua participação é estritamente voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou pode mesmo recusar-se a participar sem que isso tenha consequências para si.

Foi-lhe entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

Assinatura do Participante Data _____

____/____/____

Assinatura da Investigadora Data _____

____/____/____

Questões adicionais que queira colocar após completar a sua participação, poderão ser colocadas a Marta Lobato, tel. 915348146, e-mail martaisabel.lobato@gmail.com.

APÊNDICE 2

Este documento tem como principal objectivo esclarecê-lo(a) acerca dos compromissos éticos que a Investigadora se compromete a cumprir com a realização do estudo. Peço-lhe que leia com atenção, assegurando-se que compreende detalhadamente todo o seu conteúdo. Se pretender obter mais algum detalhe omitido neste texto ou informação acerca do que vem mencionado, por favor não hesite em o fazer através dos contactos fornecidos acima.

ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

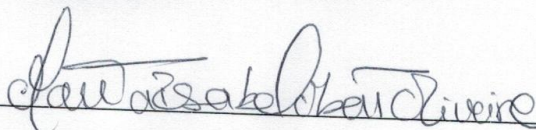
COMPROMISSO ÉTICO

Título do projeto ou estudo: “Caracterização de casos de lesão medular e a sua relação com a independência funcional, locus de controlo e qualidade de vida”

Pessoa responsável pelo projeto: Marta Isabel Carqueja Lobato Ferreira Oliveira

Instituição de acolhimento: Faculdade de Motricidade Humana

1. Considero-me obrigado a conhecer e a respeitar os Direitos Humanos.
2. Considero-me obrigado a cumprir os princípios éticos nacionais e internacionais, nomeadamente a “Declaração de Genebra” (2002), a “Declaração de Helsínquia” e emendas (2008) e a “Convenção de Oviedo” (1997).
3. Em todas as minhas ações mantere a atitude ética que a moral exige e cumprirei a legislação em vigor.
4. Não me desviarei sem notificação prévia dos procedimentos expostos no projeto que contundam com os princípios éticos assumidos.
5. Considero-me obrigado a esclarecer individualmente cada participante do estudo sobre a finalidade do mesmo e sobre os procedimentos a que estará sujeito.
6. Considero-me obrigado a não utilizar procedimentos que lesem a integridade moral e física dos participantes e tomarei em linha de conta a relação entre a possível utilidade dos resultados e o conjunto dos procedimentos executados.
7. Mesmo com a anuência do participante, não praticarei atos que atentem contra a sua vida ou contra a sua saúde, física ou mental.
8. Evitarei todos os procedimentos desnecessários ou que se preveja que sejam inconsequentes.
9. Não usarei dados nem resultados que ponham em risco o bom nome ou a integridade dos participantes.



(Assinatura do responsável pelo projeto ou estudo)

06/07/2015

(Data)

APÊNDICE 3

Este questionário tem como principal objectivo recolher os seus dados pessoais e sócio demográficos. A sua relevância e a razão da sua execução prende-se ao facto de se considerar importante não só avaliar mas estudar a situação clínica de cada participante relativamente aos seus diferentes níveis de funcionalidade. Peço-lhe que leia com atenção, assegurando-se que compreende detalhadamente todas as questões.

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Faça um círculo á volta do número a que corresponde a sua resposta e /ou preencha o espaço em branco
--

1. ID: _____

2. Data de Internamento: ____/____/____

3. Género:

(1) Masculino

(2) Feminino

4. Idade: _____ anos

5. Naturalidade: _____

6. Profissão/Ocupação: _____

7. Nível educacional:

(1) analfabeto

(2) Ensino Primário

(3) Ensino Básico

(4) Ensino Secundário

(5) Ensino Superior Académico

8. Estado Civil:

- (1) solteiro
- (2) casado
- (3) separado
- (4) viúvo
- (5) divorciado

10. Filhos:

- (0) sem filhos
- (1) 1 filho
- (2) 2 filhos
- (3) + de 2 filhos

11. Data da lesão (dd/mm/aaaa): ____/____/____

12. Causa da lesão:

- (1) Traumatismo/ Acidente (Tipo de acidente: _____)
- (2) Patologia Vascular (Tipo de Patologia: _____)
- (3) Tumor (Tipo de Tumor: _____)
- (4) Infecções (Tipo de Infecção: _____)
- (5) Processos Degenerativos
- (6) Outro: _____

13. Nível da lesão:

(1) Cervical

(2) Dorsal

(3) Lombar

14. Se puder, indique com **X o (s) segmento(s) afectado(s):**

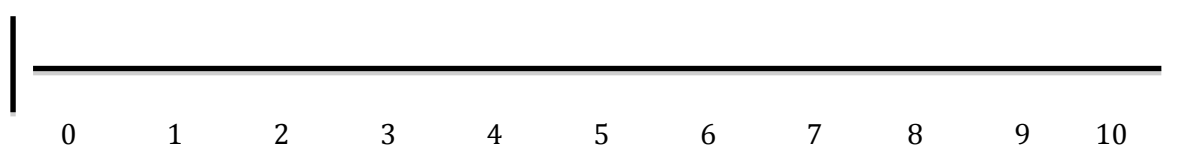
C2	C3	C4	C5	C6	C7	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
L1	L2	L3	L4	L5													

15. Tipo da lesão:

(1) Compelta

(2) Incompleta

16. Coloque um círculo em redor do número que melhor define a forma como se confronta com a sua situaçãoo actualmente:



0-1 Muito mal

2-4 Mal

5-7 Razoavelmente

8-9 Bem

10 Muito bem

17. Neste momento da sua vida com quais as pessoas com que mais conta?

(1) Família

(2) Amigos

(3) Colegas de trabalho

ANEXOS

Instrumentos de validação de conteúdo por especialistas

1. Medida de Independência Funcional
2. Questionário de Saúde SF-36

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS
MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

Níveis	Dependência	Ajuda
	7- Completa independência (em segurança, em tempo normal)	
	6 – Independência moderada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	Dependência moderada	
	5 – Com supervisão	
	4 – Com assistência mínima (indivíduo >= 75%)	
	3 – Com assistência moderada (indivíduo 50 % - 74%)	
	2 – Com assistência máxima (indivíduo 25 % - 49%)	Com ajuda
	1 – Com assistência total (indivíduo 0% - 24 %)	

1.AVD'S A. Comer _ B. Toalete pessoal (pentear o cabelo, ...) _ C. Tomar banho _ D. Vestir a parte superior do corpo _ E. Vestir a parte inferior do corpo _ F. Higiene _	4. Locomoção A. Marcha/ cadeira de rodas _ B. Escadas _
2. Controlo de esfíncteres A. Controlo da urina _ B. Controlo dos intestinos _	5. Comunicação A. Compreensão _ B. Expressão _
3. Mobilidade A. Transferências cama, cadeira de rodas _ B. Transferência para efetuar higiene _ C. Transferência para tomar banho _	6. Cognição Social A. Interação social _ B. Resolução de problemas _ C. Memória _
	TOTAL: _

Nota: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1.

18 Pontos – dependência completa (assistência total)

19 – 60 Pontos – independência modificada (assistência até 50 % da tarefa)

61- 103 Pontos – Independência modificada (assistência até 25 % da tarefa)

104 – 126 Pontos – Independência completa/ modificada

Escala de Medida de Independência Funcional (Laíns, 1990)

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE (SF-36)

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

Questionário do Estado de Saúde – SF-36

Nome: _____ Idade: _____ Género: _____

Estado Civil: _____ Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado de saúde actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não, nada
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos , participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum Tempo	Pouco Tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplos, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou noutras pessoas.

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, refira em que medida são verdadeiras ou falsas as afirmações. Desenhe um círculo para cada linha.

	Absoluta/ Verdade	Verdade	Não sei	Falto	Absoluta/ Falso
a. Parece que adoeço mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Sou igualmente saudável como outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde irá piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Questionário de Estado de Saúde (Ribeiro, 2005)